Autorisation de communication et de discussion d’informations confidentielles

confidential information release and discussion authorization

En remplissant ce formulaire, vous autorisez (cochez toutes les cases qui s’appliquent) :

La communication des informations spécifiées dans la section ci-dessous, intitulée « Description spécifique des dossiers dont la communication est autorisée », lesquelles informations concernent la personne (le sujet) dont les dossiers seront communiqués et collectés dans la base de données des programmes pour les réfugiés du Wisconsin (WRPD, Wisconsin Refugee Programs Database) et/ou au moyen d’un ou plusieurs autres formulaires du DCF.

La communication d’informations concernant l’admissibilité ou les services spécifiques fournis au sujet, afin de permettre à un mandataire, comme un sponsor, un proche ou un autre tiers, de discuter des détails du dossier du sujet avec l’agence ou l’organisation indiquée ci-dessous.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personne (sujet) dont les dossiers seront communiqués/discutés**  Person (Subject) Whose Records Will Be Released/Case Details Will Be Discussed | | | |
| Nom | | Date de naissance | |
| Adresse (nom et numéro de rue ou boîte postale, ville, État, code postal) | | | |
| **Agence/organisation autorisée à communiquer des informations (par ex., agence financée par le BRP, proche, sponsor)**  Agency / Organization Authorized to Release Information (e.g., BRP-funded agency, relative, sponsor) | | | |
| Nom | | | |
| Adresse (nom et numéro de rue ou boîte postale, ville, État, code postal) | | | |
| **Les informations peuvent être communiquées à (par ex., une agence financée par le BRP, un proche, un sponsor)**  Information May Be Released To (e.g., BRP-funded agency, relative, sponsor) | | | |
| Nom | Agence/Organisation (le cas échéant) | | |
| Adresse (nom et numéro de rue ou boîte postale, ville, État, code postal) | | | |
| **Description spécifique des documents dont la communication est autorisée (par ex., tous les dossiers du WRPD)**  Specific Description of Records Authorized for Release (e.g., any, WRPD records) | | | |
| **Finalité ou nécessité de la communication d’informations (par ex., pour aider le sujet à obtenir un emploi)**  Purpose Or Need for the Release of Information (e.g., to help the Subject obtain employment) | | | |
| **Restrictions ou exceptions à la communication d’informations (par ex., dossiers de santé)**  Limitations or Exceptions to the Release of Information (e.g., health records) | | | |
| **Accords**  Understandings | | | |
| Les informations dont j’autorise la communication ne pourront être communiquées ultérieurement par le destinataire des dossiers que si la loi l’autorise. Si des informations sont communiquées ultérieurement, le(s) destinataire(s) de ces informations pourront être régis par des lois différentes. | | | |
| Je peux révoquer cette autorisation, par écrit, à tout moment ; toutefois, cette révocation ne s’appliquera pas aux informations déjà communiquées à la suite de cette autorisation. La révocation de l’autorisation doit être remise par écrit à l’agence/organisation que j’ai autorisée à communiquer les informations. | | | |
| Sauf révocation, cette autorisation restera en vigueur jusqu’à la date d’expiration indiquée ci-dessous.  **Faites un choix :**  Choose One:  L’autorisation expire le       (Date).  L’autorisation expire après l’exécution de l’action suivante (préciser) :  L’autorisation n’expire pas | | | |
| **Comme en atteste ma signature, j’autorise par la présente la communication de dossiers aux personnes ou agences spécifiées ci-dessus et/ou la discussion des détails de mon dossier avec ces personnes ou agences.**  As evidenced by my signature, I hereby authorize disclosure of records to and/or the details of my case to be discussed with the person(s) or agency(s) specified above. | | | |
| **Personne (sujet) dont les dossiers seront communiqués/discutés**  Person (Subject) Whose Records Will be Released / Case Details Will Be Discussed | | | |
| SIGNATURE | | | Date de signature |
| **Autre personne légalement autorisée à donner son consentement à la communication**  Other Person Legally Authorized to Consent to Disclosure | | | |
| Titre ou lien avec le sujet | | | |
| SIGNATURE | | | Date de signature |