



Consent to the Collection, Use and Disclosure of Personal Information

First Name: _____ Last Name: _____

ABLE2 through its programs works with partners to provide the tools, choices and connections that empower people with disabilities to build lives of meaning and joy.

If you become a program participant, we need to understand the nature of your disability, how it impacts your life, and the support required so that we can effectively support you and work collaboratively with your network (individuals and community organisations) to enhance your quality of life.

By signing below, you consent to ABLE2 collecting, using, disclosing, and sharing (when appropriate with other supports) your personal information.

The following exceptions/conditions apply:

Please contact us at 613-761-9522 if you:

- have any questions regarding this consent,
- would like to withdraw, or
- would like to add other conditions on your consent.

Please note that we are obligated to disclose your personal information to others without your consent in the following circumstances:

- where we believe on reasonable grounds that the disclosure is necessary to eliminate or reduce a significant risk of bodily harm to one or more persons including yourself; and
- where the disclosure is permitted or required by law.

I, (print full name) _____, agree to the collection, use and disclosure of my personal information for the purposes and in the manner described above.

Your Signature

Date

Signature of Legal Guardian or Substitute
Decision Maker, if Applicable

Relationship

Date

Signature of Witness

Date

This consent is valid for 12 months. ABLE2 will contact you in approximately 11 months to renew this consent.



Consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels

Prénom : _____ Nom de famille : _____

ABLE2, à travers ses programmes, travaille avec des partenaires pour fournir les outils, les choix et les connexions qui permettent aux personnes ayant des handicaps de construire des vies pleines de sens et de joie.

Si vous devenez un participant de l'un de nos programmes, nous devons comprendre la nature de votre handicap, son impact dans votre vie et le soutien dont vous avez besoin afin de pouvoir vous soutenir efficacement et travailler en collaboration avec votre réseau (en particulier les individus et les organismes communautaires) en vue d'améliorer votre qualité de vie.

En signant ci-dessous, vous acceptez qu'ABLE2 recueille, utilise, divulgue et partage (le cas échéant avec d'autres soutiens) vos renseignements personnels.

Les exceptions/conditions suivantes s'appliquent :

Veillez nous contacter au 613-761-9522 si vous :

- avez des questions concernant le présent consentement,
- souhaitez le retirer, ou
- souhaitez ajouter d'autres conditions à votre consentement.

Veillez noter que nous sommes obligés de divulguer vos renseignements personnels à d'autres personnes sans votre consentement dans les circonstances suivantes :

- lorsque nous avons des motifs raisonnables de croire que la divulgation est nécessaire pour éliminer ou réduire un risque important de préjudice corporel pour une ou plusieurs personnes, y compris vous-même ; et
- lorsque la divulgation est autorisée ou exigée par la loi.

Je, (nom complet en caractères d'imprimerie), accepte que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués aux fins et de la manière décrites ci-dessus.

Votre signature

Date

Signature du tuteur légal ou du mandataire spécial, le cas échéant Lien de parenté Date

Signature du témoin

Date

Ce consentement est valable pour une période de 12 mois. ABLE2 vous contactera dans environ 11 mois afin de le renouveler.