

# AUTORISATION DE COMMUNICATION À UN TIERS



Programme d'exécution des ordonnances alimentaires Téléphone : 204 945-7133  
352, rue Donald, bureau 100, Winnipeg (Manitoba) R3B 2H8 Télécopieur : 204 945-5449  
ManitobaMEPinquiries@gov.mb.ca Sans frais au Canada : 1 866 479-2717

N° DE DOSSIER DU PROGRAMME D'EXÉCUTION DES ORDONNANCES ALIMENTAIRES DU  
MANITOBA (LE « PROGRAMME ») : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

N° DE TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

\* En fournissant votre adresse courriel, vous autorisez le Programme à communiquer avec vous et à vous envoyer notamment des documents par courriel jusqu'à ce que vous annuliez cette autorisation.

J'autorise la personne suivante à recevoir des renseignements sur mon dossier du Programme à titre de représentant autorisé :

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne autorisée à recevoir des renseignements sur mon dossier du Programme

\_\_\_\_\_  
Mot secret – Veuillez indiquer le mot ou l'expression que le tiers utilisera pour prouver son identité lorsqu'il communiquera avec le Programme

\_\_\_\_\_  
Lien avec moi  
(Frère ou sœur, père ou mère, avocat, ami, autre)

Je comprends qu'en signant et en déposant le présent formulaire, j'accepte ce qui suit :

1. Je dois fournir au tiers mon numéro de dossier du Programme et le mot ou l'expression secrets indiqués ci-dessus pour que le Programme puisse confirmer son identité lorsqu'il communiquera avec lui au sujet de mon dossier. Pour protéger ma vie privée, le représentant autorisé et moi ne devrions communiquer à personne ce mot ou cette expression secrets.
2. Le Programme traitera le représentant autorisé comme s'il agissait en mon nom. Notamment, il lui fournira des renseignements concernant mon dossier et examinera les demandes et les renseignements reçus de lui.
3. Le Programme **n'acceptera pas** la signature du représentant autorisé sur les formulaires du Programme ni sur les demandes de mise à jour de mes coordonnées.
4. J'ai la responsabilité de communiquer avec le Programme et de résilier la présente autorisation si, pour quelque raison que ce soit, je ne souhaite plus que la personne nommée ci-dessus ait accès aux renseignements de mon dossier du Programme.
5. Le Programme a le droit de résilier ou de restreindre la présente autorisation (p. ex., en cas de mauvais traitements envers le personnel ou de questions répétées sur la même sujet).

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
NIP