



Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination Autorisation d'un représentant

Avis de confidentialité

Le Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination (PAIV) est administré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) avec le soutien de Service Canada, qui fait partie d'Emploi et Développement social Canada (EDSC), en vertu d'une entente avec l'ASPC.

L'ASPC s'engage à protéger vos renseignements pendant l'administration du PAIV. Cet avis explique comment et pourquoi vos renseignements personnels peuvent être collectés, utilisés et échangés. Il décrit également les obligations de l'ASPC et de Service Canada en ce qui concerne vos renseignements personnels et vos droits à cet égard.

Pouvoirs

La collecte de vos renseignements personnels est autorisée par l'article 4 de la Loi sur le ministère de la Santé, l'article 3 de la Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada et le paragraphe 34.1(1) de la Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social. La collecte, l'utilisation, la divulgation, la conservation et l'élimination de vos renseignements personnels sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et toute autre loi applicable régissant la protection de vos renseignements personnels par l'ASPC.

Objectif de la collecte

L'ASPC recueille des renseignements personnels pour autoriser un représentant à recevoir des renseignements du PAIV au sujet d'un demandeur ou pour l'autoriser à agir au nom d'un demandeur. L'ASPC peut également recueillir des renseignements personnels pour un demandeur ou un représentant autorisé afin d'annuler ou de retirer cette autorisation. Les renseignements personnels peuvent être collectés, utilisés ou divulgués à tout moment de la procédure de demande d'indemnisation, notamment à des fins de vérification, de traitement, de contrôle, ou d'appel. L'ASPC recueille également des renseignements personnels pour améliorer la recherche en santé, la législation, les politiques, les programmes et les services.

Utilisation et partage de vos données

Vos renseignements personnels seront utilisés et divulgués conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels. L'ASPC échangera vos renseignements personnels avec Service Canada; Service Canada traite les demandes et les appels relatifs au PAIV et fournit des services d'examen en vertu d'une entente avec l'ASPC.

Vos renseignements personnels peuvent être échangés avec un tiers en vertu d'une entente avec l'ASPC dans le but exprès de déterminer votre admissibilité et/ou le maintien de votre admissibilité à un soutien financier dans le cadre du PAIV, ainsi que pour toute communication ou autre fonction relative au traitement des demandes d'indemnisation.

L'ASPC et Service Canada peuvent utiliser ou échanger les renseignements que vous fournissez à des fins d'analyse politique, de recherche, de suivi et/ou d'évaluation dans le cadre de leurs mandats ministériels. Cela n'aura pas d'incidence sur votre admissibilité à un soutien financier.

Dans des cas précis et limités, l'ASPC peut utiliser des renseignements personnels afin d'enquêter sur des fraudes potentielles. L'ASPC peut également communiquer des renseignements personnels à des organismes de réglementation ou à des services chargés de l'application de la loi, notamment en cas de suspicion ou de confirmation de fraude.

Refus de fournir les informations demandées

Si vous choisissez de ne pas fournir une partie ou la totalité des renseignements personnels jugés nécessaires, ce formulaire pourrait ne pas être accepté ou ne l'être qu'en partie par l'ASPC et Service Canada. Par conséquent, il se peut que le PAIV ne reconnaisse pas votre représentant autorisé et que votre représentant ne soit pas en mesure de recevoir des renseignements sur votre réclamation ou d'agir en votre nom.

Vos droits et comment nous contacter

Vous avez le droit d'accéder à vos données personnelles et de demander leur rectification et/ou l'ajout d'une mention. Pour toute question relative à la protection de la vie privée, vous pouvez contacter le PAIV au 1-833-489-0839.

Si vous n'avez pas réussi à régler un problème lié à la protection de la vie privée avec nous, vous pouvez déposer une plainte officielle auprès du Commissaire à la protection de la vie privée du Canada concernant la manière dont l'ASPC a traité vos renseignements personnels.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur priv.gc.ca/fr/signaler-un-probleme/ ou appelez au 1-800-282-1376.

Plus d'informations

La collecte de vos données personnelles est décrite sur la page Web « Accès à l'information et protection des renseignements personnels » à l'adresse canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/acces-a-information-protection-renseignements-personnels/info-source-renseignements-gouvernement-federal-fonctionnaires-federaux.html. Vous pouvez vous référer aux fichiers de renseignements personnels (FRP) ASPC PPU 318 – Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination, et au FRP d'EDSC sous le même titre (en cours de développement).

Modifications apportées à cet avis

Cet avis de confidentialité peut être mis à jour périodiquement à la discrétion de l'ASPC et d'EDSC pour refléter les changements législatifs, politiques ou de programme.

Consultez le site Web du Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination pour connaître l'ensemble de la politique d'admissibilité au programme à l'adresse canada.ca/assistance-incidents-vaccination.

Autorisation d'un représentant

Instructions :

Si vous êtes un demandeur, utilisez ce formulaire pour désigner un adulte qui vous aidera à remplir votre demande au titre du Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination. Pour ce faire, remplissez les sections 1, 2, 3, 4 et 5. Vous pouvez soumettre ce formulaire à tout moment pendant le processus de demande.

Votre représentant autorisé pourra accéder à vos renseignements et agir en votre nom.

Vous pouvez également utiliser ce formulaire si vous êtes un demandeur qui souhaite annuler l'autorisation d'un représentant autorisé, ou si vous êtes un représentant autorisé qui souhaite se retirer du soutien à un demandeur. Pour ce faire, remplissez les sections 1 et 2 et la section 6A ou 6B, selon le cas.

Remplissez tous les champs obligatoires. Les formulaires incomplets peuvent retarder le traitement. Remplissez ce formulaire électroniquement ou imprimez-le et remplissez-le à l'encre noire ou bleu foncé.

Tous les champs indiqués par un astérisque (*) sont obligatoires.

Section 1 : Renseignements sur le demandeur			
*Nom de famille			
Prénom(s)			
*Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
*Numéro de demande			
Section 2 : Renseignements sur le représentant autorisé			
*Nom de famille			
Prénom(s)			
*Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
* Adresse	Numéro de l'appartement, d'unité ou de local		Boîte postale
* Ville	* Province, territoire ou état	*Pays	

*Code postal	* Adresse courriel
* Numéro de téléphone principal (incl. l'indicatif régional)	Numéro de téléphone secondaire (incl. l'indicatif régional)

Section 2.1 : Renseignements sur le représentant autorisé

* Présentez tous les documents d'identification officiels requis, comme un passeport, un permis de conduire ou une pièce d'identité délivrée par le gouvernement, pour vérifier l'identité du représentant autorisé pour ce formulaire.

Pour obtenir une liste des pièces d'identité acceptées dans le cadre du Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination, consultez le site canada.ca/programme-assistance-incidents-vaccination.

Section 3 : Portée et durée de l'autorisation

Votre représentant autorisé peut recevoir des renseignements et agir en votre nom.

Votre représentant autorisé peut :

- recevoir des renseignements sur votre demande, qui peuvent comprendre des renseignements personnels ;
- apporter des modifications à votre demande ;
- prendre des décisions concernant votre demande pour vous.

Cette autorisation ne s'applique qu'à la demande indiquée à la section 1.

Remarque : Vous pourrez toujours accéder à vos renseignements et agir en votre propre nom. Vous continuerez également d'avoir la responsabilité globale de votre demande.

Si vous souhaitez que cette autorisation expire, indiquez une date d'expiration :

Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____

Remarque : Si aucune date d'expiration n'est indiquée, cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit annulée par écrit à tout moment par le demandeur, ou retirée par écrit à tout moment par le représentant autorisé. Après l'expiration de l'autorisation, vous seul, le demandeur, recevrez des renseignements sur votre demande, apporterez des modifications à votre demande ou prendrez des décisions concernant votre demande.

Section 4 : Attestation et signature du demandeur

- Les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, complets et exacts.
- Je comprends que le fait de fournir des renseignements faux, trompeurs ou incomplets, ou d'utiliser des documents modifiés, contrefaits ou fabriqués peut entraîner la résiliation de la demande et l'inadmissibilité à recevoir un soutien financier.
- En remplissant ce formulaire et en signant la section 5 ci-dessous, je comprends que j'autorise le représentant autorisé que j'ai nommé à la section 2 du présent formulaire à agir dans le cadre de la portée indiquée à la section 3 du présent formulaire en ce qui concerne ma demande.

En signant, je certifie avoir lu et compris l'attestation.

* Signature du demandeur : _____

* Date de signature (AAAA-MM-JJ) : _____

Section 5 : Attestation et signature du représentant autorisé

- Je suis le représentant autorisé indiqué à la section 2 du présent formulaire.
- Je comprends que le pouvoir qui m'est accordé se limite à ce qui est établi à la section 3 du présent formulaire.
- Je comprends qu'en tant que représentant autorisé, je n'ai pas droit au soutien financier du PAIV, qui, s'il est approuvé, sera fourni au demandeur que je représente.
- Je confirme que les renseignements et les documents que j'ai fournis et que je fournirai au PAIV dans mon rôle de représentant autorisé sont, à ma connaissance, véridiques, complets et exacts.
- Je comprends que le fait de fournir des renseignements faux, trompeurs ou incomplets, ou d'utiliser des documents modifiés, contrefaits ou fabriqués peut entraîner la résiliation de la demande et l'inadmissibilité à recevoir un soutien financier.
- Si les informations ou la situation que j'ai fournies dans ce formulaire venaient à changer, je dois en informer le PAIV dans les 60 jours suivant la soumission de ce formulaire afin de faire corriger ces informations, en appelant le 1-833-489-0839.

En signant, je certifie avoir lu et compris l'attestation.

* Signature du représentant autorisé : _____

* Date de signature (AAAA-MM-JJ) : _____

Section 6A : Annuler une autorisation (le cas échéant)

Remarque : Remplissez cette section seulement si vous avez déjà un représentant autorisé mentionné à la section 2 et que vous souhaitez annuler son autorisation.

Je, le demandeur, annule mon autorisation pour le représentant autorisé nommé à la section 2 du présent formulaire. Ma résiliation entrera en vigueur immédiatement après la notification du traitement de ce formulaire par le PAIV.

* Signature du demandeur : _____

* Date de signature (AAAA-MM-JJ) : _____

Section 6B : Retrait du représentant autorisé (le cas échéant)

Remarque : Remplissez cette section seulement si vous êtes déjà un représentant autorisé du demandeur et que vous ne souhaitez plus être un représentant autorisé du demandeur.

Je, le représentant autorisé nommé à la section 2 du présent formulaire, me retire de mon rôle de représentant autorisé du demandeur nommé à la section 1. Ma rétractation prend effet immédiatement après la notification du traitement de ce formulaire par le PAIV.

* Signature du représentant autorisé : _____

* Date de signature (AAAA-MM-JJ) : _____

Soumettre votre formulaire

Veuillez envoyer votre formulaire et tout document à l'appui à l'adresse suivante :

Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination (PAIV)
Boîte postale 5000
Bathurst NB
E2A 5B8