



## **Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination Représentation d'une personne vaccinée**

### **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 vérifier un représentant autorisé, lui permettre d'agir au nom d'une personne vaccinée et permettre aux représentants autorisés de se retirer. 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 légalement 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 pouvoir d'agir au nom d'une personne vaccinée.

### **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/](http://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](http://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](http://canada.ca/assistance-incidents-vaccination).

## Représentation d'une personne vaccinée

### Instructions :

Utilisez ce formulaire pour devenir le représentant autorisé de la personne vaccinée et pour confirmer que vous avez le pouvoir légal d'agir au nom de la personne vaccinée en remplissant les sections 1 à 5.

Si vous êtes actuellement le représentant autorisé et que vous souhaitez vous retirer, remplissez les sections 1, 2 et 6.

**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 la personne vaccinée          |                                |                                                             |               |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|
| * 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

\* Soumettre 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](https://canada.ca/programme-assistance-incidents-vaccination).

## Section 3 : Lien avec la personne vaccinée

\* Indiquez votre lien avec la personne vaccinée pour montrer que vous avez l'autorité légale d'agir en son nom. Cochez l'une des cases suivantes :

- ☐ Parent ou tuteur d'une personne mineure vaccinée
- ☐ Personne autorisée à agir au nom d'une personne vaccinée inapte
- ☐ Personne autorisée à représenter une personne vaccinée décédée ou sa succession
- ☐ Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

## Section 4 : Autorité légale

Joignez des documents qui montrent que vous êtes légalement habilité à agir au nom de la personne vaccinée. Les documents fournis à l'appui de votre autorité légale doivent être :

- émis par un gouvernement fédéral, provincial ou territorial ;
- délivrés par un tribunal fédéral, provincial ou territorial ; **ou**
- notariés par un notaire public (ou l'équivalent).

Ne joignez pas plus que ce qui est nécessaire pour démontrer cette autorité.

**Si vous agissez au nom d'une personne vaccinée inapte ou si vous représentez une personne vaccinée décédée ou sa succession, assurez-vous que les documents joints montrent que la personne vaccinée est inapte ou décédée, selon le cas.**

\* Nom du ou des documents joints :

---

### Section 5 : Attestation et signature

- Je suis le représentant autorisé indiqué à la section 2 du présent formulaire.
- Les renseignements et les documents que j'ai fournis sont complets et exacts au meilleur de mes connaissances.
- 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 bénéficiaire du vaccin ou à la succession que je représente.
- Je confirme que les renseignements et les documents que j'ai fournis et que je fournirai au PAIV en tant que 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 6 : Retrait du représentant autorisé (le cas échéant)

**Remarque :** Remplissez cette section uniquement si vous êtes actuellement un représentant autorisé de la personne vaccinée et que vous ne souhaitez plus être le représentant autorisé de la personne vaccinée.

**Je, le représentant autorisé nommé à la section 2, me retire en tant que représentant autorisé de la personne vaccinée nommée à la section 1. Mon retrait 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**

Veillez 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