



## CONFIRMATION DE PRÉSENCE DE COUNSELING EN SANTÉ MENTALE

► Veuillez remplir un formulaire par client pour les séances auxquelles il a assisté.

### Énoncé de la Loi sur la protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels que vous fournissez à SAC sont traités conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Nous ne recueillons que les renseignements nécessaires pour administrer le programme des SSNA et le PSS RQPI. La collecte d'informations pour cet objectif est autorisée par la loi. Ces renseignements sont requis pour le paiement des réclamations et à des fins de vérification. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués sans votre consentement, mais seulement conformément au paragraphe 8 (2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Pour obtenir de plus amples renseignements : cette collecte de renseignements personnels est décrite dans Info Source et est disponible en ligne à [infosource.gc.ca](http://infosource.gc.ca). En plus d'assurer la protection de vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles. Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels de SAC. Vous trouverez les coordonnées de la personne-ressource à l'adresse <http://www.tbs-sct.gc.ca/hgw-cgf/oversight-surveillance/atip-ajprp/coord-fra.asp>. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada si vous croyez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inadéquate.

### Programme facturé

- Programme de soutien en santé - Résolution des questions des pensionnats indiens (PSS RQPI)
- Services de santé non assurés (SSNA) - Counseling en santé mentale (CSM)

**NOTE** ► Ne pas demander aux clients de signer le formulaire à l'avance.

### Renseignements sur le client

Prénom	Nom de famille
Nom du parent ou du tuteur légal (le cas échéant)	N° d'admissibilité de PSS RQPI/N° de vérification de PEC (s'il y a lieu)

### Renseignements sur le fournisseur

Prénom		Nom de famille				
N° du vendeur (7 chiffres)		Numéro de facture				
N° de téléphone		Adresse électronique				
Date du service (AAAAMMJJ)	Heure du début/ Heure de fin	Durée/Nombre d'heures utilisés	Mode de prestation (en cocher un)	Signature du client ou tuteur Je reconnais avoir reçu des services de counseling à la date indiquée ci dessous (ne signer qu'une fois la séance complétée)		
	De :		<input type="radio"/> En personne	Signature	Nom	Date (AAAAMMJJ)
	À :		<input type="radio"/> Téléphone/ <input checked="" type="radio"/> Vidéoconférence	X		
	De :		<input type="radio"/> En personne	Signature	Nom	Date (AAAAMMJJ)
	À :		<input type="radio"/> Téléphone/ <input checked="" type="radio"/> Vidéoconférence	X		
	De :		<input type="radio"/> En personne	Signature	Nom	Date (AAAAMMJJ)
	À :		<input type="radio"/> Téléphone/ <input checked="" type="radio"/> Vidéoconférence	X		

**IMPORTANT** ► SAC se réserve le droit de demander des informations supplémentaires si nécessaire pour confirmer la présence du client.

Signature du fournisseur X	Date (AAAAMMJJ)
-------------------------------	-----------------