



Fiche d'inscription

Document confidentiel

Nouvelle demande	☐
Modification	☐

Acceptée: ☐ Refusée: ☐

CONFIDENTIEL

Date de l'inscription : jour / mois / année Intervenant(e) de suivi :

(A) IDENTIFICATION DE LA PERSONNE			
Nom :	Prénom :	Personne itinérante : ☐ A ☐ B	
Adresse :	App :	Autochtone ☐	
Ville :	Code postal :	Immigrante ☐	
Adresse courriel :			Réfugiée ☐
Tél : ()	Cellulaire : ()	Pays d'origine : _____	
Genre : F H A	Date de naissance : jour / mois / année	Âge :	Famille ☐

(B) SITUATION DU MÉNAGE			
Personne seule	☐	Couple sans enfant	☐
Monoparentale avec enfant(s) à charge	☐	Couple avec enfant(s) à charge	☐
		Famille recomposée	☐
		Prob. Santé mentale	☐
		Prob. Santé physique	☐
		Dépendances	☐
		Pers. Handicapée	☐
		LGBTQ2IA2S+	☐

(C) SITUATION DE L'HABITATION			
Locataire privé	☐	Propriétaire	☐
Logement sociaux (HLM, COOP)	☐	Hébergée par famille/amis	☐
CHSLD, Rés. Intermédiaire (RI)	☐	Colocation	☐
Chambreur	☐	Logement de bande	☐
Preuve de résidence : Oui ☐ À apporter ☐		Date jour / mois / année	
		Refuge d'urgence	☐
		Sans domicile fixe (SDF)	☐
		Autre :	☐
		Précisez : _____	

(D) IDENTIFICATION CONJOINT(E) <i>demeurant à la même adresse</i>			Date de naissance
Nom :	Prénom :	Genre : F M A	jour / mois / année
AUTRES PERSONNES <i>demeurant dans le même logement</i>			
Hébergé gratuitement	Nbr :	Colocataire	Nbr :
		Chambreur	Nbr :

ENFANTS (à charge de moins de 25 ans)				Type de garde
Nom :	Prénom :			Complète ☐
Date de naissance: jour / mois / année	Âge :	Genre : F M A		Partagée ☐
MÈRE Nom :	Prénom :			Un W.E. sur deux ☐
PÈRE Nom :	Prénom :			Aucune ☐
ENFANTS (à charge de moins de 25 ans)				Type de garde
Nom :	Prénom :			Complète ☐
Date de naissance: jour / mois / année	Âge :	Genre : F M A		Partagée ☐
MÈRE Nom :	Prénom :			Un W.E. sur deux ☐
PÈRE Nom :	Prénom :			Aucune ☐
ENFANTS (à charge de moins de 25 ans)				Type de garde
Nom :	Prénom :			Complète ☐
Date de naissance: jour / mois / année	Âge :	Genre : F M A		Partagée ☐
MÈRE Nom :	Prénom :			Un W.E. sur deux ☐
PÈRE Nom :	Prénom :			Aucune ☐
ENFANTS (à charge de moins de 25 ans)				Type de garde
Nom :	Prénom :			Complète ☐
Date de naissance: jour / mois / année	Âge :	Genre : F M A		Partagée ☐
MÈRE Nom :	Prénom :			Un W.E. sur deux ☐
PÈRE Nom :	Prénom :			Aucune ☐

Carte de membre payée

☐

CONFIDENTIEL

(E) RAISON DE LA VENUE AU CENTRE

ACTIVITÉS ET SERVICES PRINCIPAUX					
Aide alimentaire	☐	Relation d'aide	☐	Cuisines collectives	☐
Halte-garderie	☐	Soupers communautaires	☐	Vendredis viandes	☐
AUTRES ACTIVITÉS ET SERVICES					
Bénévolat	☐	Programme d'employabilité	☐	Bonhomme à lunette	☐
PEP	☐	Habillons un enfant	☐	Dépouillement (Noël)	☐

(F) REVENU DE LA PERSONNE

Aide sociale	☐	Assurance-emploi	☐	Pension vieillesse gouv.	☐	
Allocations familiales	☐	Invalidité/CNESST/SAAQ	☐	Pension retrait employeur	☐	
Pension alimentaire	☐	Emploi temps plein	☐	Dividentes et intérêts	☐	
Congé parental	☐	Emploi temps partiel	☐	Prêts et bourses	☐	
REER/FERR/CELI	☐	RRQ	☐	Sans revenu	☐	
1. Revenus annuels bruts de la personne:		Preuve de revenu fournie :		Autres :		
\$		Relevé compte bancaire (3m)		☐	Avis de cotisation	☐
		Carnet de réclamation (AS)		☐		

(G) REVENU DU CONJOINT(E) (demeurant à la même adresse)

Aide sociale	☐	Assurance-emploi	☐	Pension vieillesse gouv.	☐	
Allocations familiales	☐	Invalidité/CNESST/SAAQ	☐	Pension retrait employeur	☐	
Pension alimentaire	☐	Emploi temps plein	☐	Dividentes et intérêts	☐	
Congé parental	☐	Emploi temps partiel	☐	Prêts et bourses	☐	
REER/FERR/CELI	☐	RRQ	☐	Sans revenu	☐	
2. Revenus annuels bruts du conjoint(e) :		Preuve de revenu fournie :		Autres :		
\$		Avis de cotisation (fédérale)		☐	Avis annuel d'allocation	☐
		Carnet de réclamation (AS)		☐	canadienne pour enfant	☐

(H) REVENU PRINCIPAL DU MÉNAGE (cochez seulement une case)

Aide sociale	☐	Assurance-emploi	☐	Pension vieillesse gouv.	☐	
Allocations familiales	☐	Invalidité/CNESST/SAAQ	☐	Pension retrait employeur	☐	
Pension alimentaire	☐	Emploi temps plein	☐	Dividentes et intérêts	☐	
Congé parental	☐	Emploi temps partiel	☐	Prêts et bourses	☐	
REER/FERR/CELI	☐	RRQ	☐	Sans revenu	☐	
					Autres :	☐

Revenu annuel brut du ménage (total des lignes 1 et 2) :

\$

☐ Je consens à ce que l'organisme Centre Regain de vie m'inscrive à son infolettre.

Signature

jour / mois / année

Date

jour / mois / année

**CONFIDENTIEL**

Formulaire de consentement à la collecte des renseignements personnels

Le Centre Regain de vie recueille et utilise vos renseignements personnels pour gérer les programmes, évaluer votre admissibilité à l'aide alimentaire, comprendre les besoins de ceux qu'il sert et améliorer les services. Vos informations peuvent être transférées à des serveurs situés dans d'autres provinces et à l'extérieur du Canada. Ces renseignements personnels peuvent être partagés avec d'autres organismes, y compris Banques alimentaires du Québec, Banques alimentaires Canada et TOUCAN, de manière **anonymisée** (c'est-à-dire sans données pouvant vous identifier) afin de fournir un soutien plus complet, de mener des recherches, d'éliminer les chevauchements d'activités ou de respecter les engagements pris à l'égard de ceux qui financent les programmes. Banques alimentaires du Québec et le Centre Regain de vie respectent des normes strictes de confidentialité lorsqu'ils recueillent, utilisent, partagent ou divulguent vos renseignements personnels.

En tout temps, vous pourrez retirer votre consentement à la collecte, la divulgation et l'échange de renseignements personnels. Le Centre Regain de vie s'engage à anonymiser vos données douze mois après la dernière activité à votre dossier. Vous pouvez aussi demander la rectification et l'accès aux renseignements vous concernant en communiquant avec le responsable des renseignements personnels du Centre Regain de vie :

Janie Bolduc, directrice générale
Centre Regain de vie
12 rue Turgeon, Ste-Thérèse (QC) J7E 3H3
450 437-3136
jbolduc@centreregaindevie.ca

Nos ressources et notre capacité à servir votre communauté dépendent en partie des informations fournies par les usagers.

- ☐ J'ai lu et compris l'information ci-dessus et, en signant ce document, j'accepte que le Centre Regain de vie puisse recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels aux fins mentionnées ci-dessus. J'accepte également que mes renseignements personnels **anonymisés** soient saisis dans le logiciel d'admission des clients Link2Feed de Banques alimentaires Canada et qu'ils puissent être saisis dans la base de données du Centre Regain de vie.
- ☐ En présentant une demande d'aide au Centre Regain de vie au nom de mon ménage et en partageant des informations concernant les membres de ma famille, je confirme que je partage ces informations en toute connaissance et autorisation de tous les membres du ménage y compris ceux âgés de 18 ans et plus.
- ☐ J'autorise le Centre Regain de vie à prendre des photos ou vidéos de moi lors de ses activités ou de différents événements auxquels je participe et de pouvoir les utiliser sur Facebook, sur le site Internet du Centre Regain de vie ou tout autre média de communication.

Prénom et nom

Signature

Date

Si vous avez des questions, des préoccupations ou une plainte concernant la manière dont un membre du personnel, un stagiaire ou un bénévole traite vos informations personnelles, et que vous ne pouvez pas résoudre vos préoccupations avec cette personne directement, veuillez écrire ou envoyer un courriel au Centre Regain de vie.