



## COMMUNITY COUNSELLING PROGRAM: RELEASE OF INFORMATION CONSENT FORM

Community Counselling Program (CCP) staff are required by law to maintain the confidentiality of your information. Personal health information can be disclosed in accordance with provisions set out under the NWT's *Health Information Act* (HIA). In accordance with s.38(a) of the HIA, the purpose of this form is to allow a CCP staff to disclose personal health information with your express consent and in accordance with your conditions and instructions.

It is important to note that if the person collecting your information is not considered a custodian or agent in the NWT (physician, employee of the Department of Health and Social Services or Health and Social Services Authority, etc.), the requirements regarding the collection, use, and disclosure of your personal health information may not be protected under the HIA. If you have questions or concerns about this, please discuss this with the CCP staff.

Name of Service-User:	
<b>PERSON DISCLOSING THE INFORMATION</b>	
Name:	Relationship to Service-User:
<b>PERSON COLLECTING THE INFORMATION</b>	
Name:	Relationship to Service-User:

**INFORMATION BEING DISCLOSED/COLLECTED BETWEEN THE ABOVE NAMED INDIVIDUALS:**

---

---

---

---

---

**PURPOSE FOR DISCLOSING/COLLECTING THIS INFORMATION:**

---

---

---

---

---

## PROGRAMME DE COUNSELING COMMUNAUTAIRE : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Le personnel du Programme de counseling communautaire (PCC) est tenu par la loi de préserver la confidentialité de vos renseignements médicaux personnels. Toutefois, ceux-ci peuvent être divulgués conformément à la *Loi sur la santé publique* (la Loi) des Territoires du Nord-Ouest (TNO). En vertu de l'article 38(a) de la Loi, le présent formulaire vise à permettre au personnel du PCC de divulguer vos renseignements médicaux personnels avec votre consentement explicite et conformément à vos conditions et instructions.

Il convient de souligner le fait que si vos renseignements sont recueillis par un individu qui n'est pas considéré comme dépositaire ou agent aux TNO (médecin ou employé du ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] ou de l'Administration des services de santé et des services sociaux [ASTNO], ou autre), la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements médicaux personnels ne répondent pas aux exigences de la Loi et peuvent ne pas être protégées par celle-ci. Si vous avez des questions ou des préoccupations à ce sujet, veuillez en discuter avec le personnel du PCC.

Nom de l'utilisateur du service :	
<b>PERSONNE QUI DIVULGUE LES RENSEIGNEMENTS</b>	
Nom :	Lien avec l'utilisateur du service :
<b>PERSONNE QUI RECUEILLE LES RENSEIGNEMENTS</b>	
Nom :	Lien avec l'utilisateur du service :

**RENSEIGNEMENTS DIVULGUÉS OU RECUEILLIS ENTRE LES PERSONNES SUSMENTIONNÉES**

---

---

---

---

---

**BUT DE LA DIVULGATION OU DE LA COLLECTE DE CES RENSEIGNEMENTS :**

---

---

---

---

---



**CONDITIONS REGARDING DISCLOSING/COLLECTING THIS INFORMATION:**

---

---

---

---

---

---

---

**CONDITIONS RELATIVES À LA DIVULGATION OU À LA COLLECTE DE CES RENSEIGNEMENTS :**

---

---

---

---

---

---

---

I understand that:

- The information in this form is being collected in order to disclose personal health information with my consent and in accordance with my conditions and instructions. The information in this form is protected by the privacy provisions of the HIA and will not be used or disclosed unless allowed or required by the HIA or any other Act.
- I may withdraw my consent at any time. If I choose to withdraw my consent, this will not negatively impact the services that I am currently receiving. Withdrawing consent does not mean that I cannot receive services at a later time.
- This consent is valid until \_\_\_\_\_ (YYYY/MM/DD) but may be withdrawn at any time.

If you have any questions about the collection or use of this information, please contact: **mha@gov.nt.ca** or **867-767-9061**.

Signature of Service-User/Guardian

Date (YYYY/MM/DD)

Signature of Witness

Date (YYYY/MM/DD)

Je comprends que :

- En remplissant ce formulaire, je consens à la divulgation de mes renseignements médicaux personnels selon mes conditions et instructions. Ces renseignements sont protégés en vertu des dispositions sur la vie privée contenues dans la Loi ou dans toute autre loi.
- Je peux retirer mon consentement en tout temps. Les services qui me sont offerts actuellement ne seront pas touchés négativement si je choisis de retirer mon consentement. Un tel retrait n'occasionnera pas le refus de services à l'avenir.
- Le présent consentement est valide jusqu'au \_\_\_\_\_ (AAAA - MM - JJ) mais peut être retiré à tout moment.

Pour toute question sur la collecte ou l'utilisation de vos renseignements, veuillez communiquer avec nous par courriel à **mha@gov.nt.ca**, ou nous téléphoner au **867-767-9061**.

Signature de l'utilisateur du service ou du tuteur

Date (AAAA - MM - JJ)

Signature du témoin

Date (AAAA - MM - JJ)