



COMMUNITY COUNSELLING PROGRAM CONSENT FORM FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PROGRAMME DE COUNSELING COMMUNAUTAIRE

THE PURPOSE OF PARTICIPATING IN COUNSELLING IS TO PREVENT OR REDUCE THE DISTRESS OR PROBLEM THAT YOU SOUGHT OUT COUNSELLING FOR.

BEFORE YOU START SERVICES PLEASE READ THE INFORMATION BELOW, IF YOU DO NOT UNDERSTAND SOMETHING OR WOULD LIKE MORE INFORMATION, PLEASE ASK YOUR SERVICE PROVIDER FOR INFORMATION.

LA PARTICIPATION AU COUNSELING VISE À ÉVITER OU À LIMITER LA DÉTRESSE OU LE PROBLÈME POUR LEQUEL VOUS ÊTES VENU DEMANDER CONSEIL.

VEUILLEZ LIRE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS AVANT LE DÉBUT DES SERVICES. COMMUNIQUEZ AVEC VOTRE FOURNISSEUR DE SERVICES SI VOUS AVEZ DES DOUTES OU QUE VOUS SOUHAITEZ OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS.

1. Your participation is voluntary. You should not feel pressured into participating in this service by anyone.
 2. You have rights and responsibilities when you use these services. Your service provider will give you this information.
 3. There are certain limitations and risks to the services. Your service provider will talk about this with you before you consent.
 4. You do not have to consent. You can also withdraw your consent at any time.
 - a) If you choose to refuse or withdraw consent this will not negatively impact the services that you are currently being provided.
 - b) Refusing or withdrawing consent does not mean you cannot receive services at a later time if you change your mind.
 - c) Your service provider may recommend other services and/or assessments. You have the right to decline these services.
 5. You have the right to request to view or receive a copy of your records.
 6. The information you provide will be kept strictly confidential, except where legally required to share your information, for example, in the below circumstances:
 - a) In cases of suspected child abuse or neglect, and in cases of current or past sexual abuse in which the offender may have access to minor aged children;
 - b) When a client states that s/he has or intends to inflict bodily harm on him/herself or someone else;
 - c) Upon subpoena to testify in court at the direction of a judge or court order;
 - d) Upon receiving a warrant from the RCMP;
 - e) Upon request from an appointed auditor or investigator and for quality assurance activities.
1. Votre participation est volontaire. Vous ne devez pas vous sentir obligé de recourir à ce service.
 2. Si vous utilisez ces services, vous avez des droits et des responsabilités. Votre fournisseur de services vous transmettra ces renseignements.
 3. Les services comportent certaines limites et certains risques. Votre fournisseur de services vous en parlera avant que vous donniez votre consentement.
 4. Rien ne vous oblige à donner votre consentement. Vous pouvez également le retirer en tout temps.
 - a) Les services qui vous sont offerts actuellement ne seront pas touchés négativement si vous choisissez de ne pas donner votre consentement ou de le retirer.
 - b) Le fait de ne pas donner votre consentement ou de le retirer ne signifie pas que vous ne pourrez pas recevoir de services ultérieurement si vous changez d'avis.
 - c) Il se peut que votre fournisseur de services recommande d'autres services ou évaluations. Vous avez le droit de refuser ces services.
 5. Vous pouvez exiger de consulter vos dossiers ou d'en recevoir une copie.
 6. Les renseignements que vous fournissez resteront strictement confidentiels, sauf lorsque la loi exige leur transmission, par exemple dans les situations suivantes :
 - a) En cas de violence ou de négligence présumée envers des enfants, et dans les cas présents ou passés de violence sexuelle, si le délinquant risque d'être en contact avec des mineurs.
 - b) Lorsqu'un patient déclare son intention de s'infliger des blessures ou d'en infliger à autrui.
 - c) En cas d'assignation à témoigner au tribunal à la demande d'un juge ou sur ordonnance d'un tribunal.
 - d) En cas de réception d'un mandat de la part de la Gendarmerie royale du Canada.
 - e) Sur demande d'un vérificateur ou d'un enquêteur nommé et aux fins d'activités d'assurance de la qualité.



COMMUNITY COUNSELLING PROGRAM CONSENT FORM FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PROGRAMME DE COUNSELING COMMUNAUTAIRE

I understand that the personal health information is being protected under the *Health Information Act* and will not be used or disclosed unless allowed or required by this Act or another Act.

Je comprends que les renseignements personnels sur ma santé sont protégés en vertu de la *Loi sur les renseignements sur la santé* et qu'ils ne seront pas utilisés ni divulgués, à moins que cette loi ou une autre ne l'autorise ou ne l'oblige.

I understand that I may withdraw my consent at any time.

Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps.

Having read and understood the information provided above,

I, _____
hereby agree to participate in a program of services offered by _____.

Je, _____
accepte par la présente de participer à un programme de services offert par _____.

I have signed below indicating that I have read and understand the information provided above.

Ma signature ci-dessous indique que j'ai lu et compris les renseignements fournis plus haut.

Signature of Client/Guardian

Signature du client ou d'un tuteur

Date

Date

Signature of Witness

Signature du témoin

Date

Date