



REQUEST FOR INFORMATION COLLECTED UNDER THE CHILD AND FAMILY SERVICES ACT

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE

The personal information requested on this form is collected under the authority and administration of the NWT *Child and Family Services Act* (the Act), sections 71-74, and can be released by the Director of Child and Family Services in accordance with the Act. If you have any questions about the collection or use of information, please contact the Records Management Coordinator at (867) 767-9061 ext. 49161.

Les renseignements personnels demandés sur le présent formulaire sont recueillis sous l'autorité et l'administration des articles 71 à 74 de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* des TNO (la Loi), et ils peuvent donc être divulgués par le directeur des Services à l'enfance et à la famille conformément à la Loi. Pour toute question sur la collecte ou l'utilisation des renseignements, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la gestion des documents au 867-767-9061, poste 49161.

Applicant's Full Name (all previous and current names, if applicable):
Nom complet du demandeur (indiquez tous les noms en usage et utilisés précédemment, s'il y a lieu) :

Address - Street, P.O. Box: Adresse (rue, C. P.) :	City/Town: Ville ou collectivité :
---	---------------------------------------

Province/Territory: Province ou territoire :	Postal Code: Code postal :
---	-------------------------------

Residence Phone #: N° de téléphone au domicile :	Cell Phone #: N° de téléphone cellulaire :
---	---

The information requested is about: / Les renseignements demandés concernent :

- Myself
Moi-même _____
(Date of Birth / date de naissance)
- My Child
Mon enfant _____ (Name / nom) _____ (Date of Birth / date de naissance) _____ (Relationship to Individual / lien avec cette personne)
- My Child
Mon enfant _____ (Name / nom) _____ (Date of Birth / date de naissance) _____ (Relationship to Individual / lien avec cette personne)
- My Child
Mon enfant _____ (Name / nom) _____ (Date of Birth / date de naissance) _____ (Relationship to Individual / lien avec cette personne)
- My Child
Mon enfant _____ (Name / nom) _____ (Date of Birth / date de naissance) _____ (Relationship to Individual / lien avec cette personne)

*If you are requesting information about your child (children), proof of lawful custody may be required.

- I have lawful custody of the child named in this application.
- The custody arrangement with respect to the child in this application is as follows:

*Si vous faites une demande de renseignements relative à votre enfant (vos enfants), une preuve de garde légitime pourra être demandée.

- J'ai la garde légitime de l'enfant ou des enfants indiqués dans la présente demande.
- L'entente de garde concernant l'enfant ou les enfants indiqués dans la demande est établie comme suit :

Details of Requested Information: / Détails sur les renseignements demandés :

(Please be as specific as possible – include timeframe, communities lived in, years in care or receiving services, type of care or services, etc.)

(Précisez si possible les dates, les collectivités dans lesquelles vous avez vécu, les années de prise en charge ou de services reçus, le type de prise en charge ou de services, etc.)

I certify that the above information is accurate to the best of my knowledge. I am requesting the Director of Child and Family Services to release information in accordance with Sections 71-74 of the *NWT Child and Family Services Act*.

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts à ma connaissance. Je demande au directeur des services à l'enfance et à la famille de transmettre les renseignements conformément aux articles 71 à 74 de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille des TNO*.

Print Full Name of Applicant:
Nom complet du demandeur en caractères d'imprimerie :

Print Full Name of Witness:
Nom complet du témoin en caractères d'imprimerie :

Signature of Applicant:
Signature du demandeur :

Signature of Witness:
Signature du témoin :

Date:
Date :

Please mail, e-mail, or fax your request with copy of two (2) pieces of personal identification, one (1) of which is a photo, to:
Records Management Coordinator
Territorial Social Programs
Department of Health and Social Services,
Government of the Northwest Territories
P.O. Box 1320, NGB 5015-49th Street
Yellowknife, NT X1A 2L9
Phone: (867) 767-9061 ext. 49161
Fax: (867) 873-7706
CFS_Info@gov.nt.ca

Veuillez envoyer votre demande accompagnée de deux pièces d'identité, dont une avec photo, par courrier, par courriel ou par télécopieur au :
Coordonnateur de la gestion des documents
Programmes sociaux du territoire
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Nouvel immeuble du gouvernement
C. P. 1320, 5015, 49^e Rue
Yellowknife NT X1A 2L9
Tél. : 867-767-9061, poste 49161
Télec. : 867-873-7706
CFS_Info@gov.nt.ca

Please allow seven (7) to thirty (30) days to process your application. Should your request for file disclosure require more than thirty (30) days, the Records Management Coordinator will advise as such.

Le traitement de votre demande devrait prendre entre 7 et 30 jours. Dans l'éventualité où votre demande de divulgation nécessiterait plus de 30 jours, le coordonnateur de la gestion des documents vous en informera.