

## FORMULAIRE D'ADHÉSION DES MEMBRES

**Mission : Optimiser l'état de santé de la communauté**

**Valeurs: Bienveillance, responsabilité, accueil et participation**

J'aimerais devenir membre du Centre de santé communautaire de Timmins (CSCTIMMINS).

**Critères d'admissibilité des membres (les 3 cases doivent être cochées) :**

- Une personne d'expression française ;
- Une personne qui réside sur le territoire de Timmins et ses environs (Cochrane, Iroquois Falls, Black River Matheson, Gogama, Foleyet, Chapleau et les territoires non organisés environnants) ;
- Une personne âgée d'au moins 18 ans (membre votant seulement).

**Droits des membres :**

Les membres du CSCTIMMINS peuvent exercer les droits suivants :

- Participer, avec droit de parole, aux assemblées annuelles et extraordinaires des membres ;
- Voter aux assemblées annuelles et extraordinaires des membres ;
- Présenter des propositions aux assemblées annuelles des membres (selon le processus prescrit) ; et
- Présenter des candidatures aux postes d'administrateurs ou d'administratrices.
- Participer aux activités communautaires gratuitement.

Renseignements personnels			
Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj/mm/aaaa	Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre:
Adresse		Ville	Code postal
Téléphone (maison)	Téléphone (cellulaire)	Courriel	
Carte de santé			
No. Carte	Version	Date d'expiration jj/mm/aaaa	
En cas d'urgence			
Personne à contacter		Téléphone	
Le CSCTIMMINS se réserve le droit de refuser toute personne, s'il juge que le refus est dans l'intérêt de cette personne et du CSCTIMMINS. J'accepte de participer aux activités du CSCTIMMINS.			
*J'accepte de libérer les employés formateurs et bénévoles du CSCTIMMINS de toute responsabilité de poursuite ou revendication en cas de perte, de dommage ou de blessure se rapportant aux activités du CSCTIMMINS.			
<b>SVP cocher la case*</b> <input type="checkbox"/> J'accepte			
Prise de photos			
Acceptez-vous la prise de photos lors des activités pour des fins publicitaires?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## Questions de base actualisées sur la mesure de l'équité des services de santé

<b>1. Quelles langues parlez-vous à la maison?</b>		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre:			
<b>2. Identifiez-vous comme Autochtone : Première Nation, Métis ou Inuk (Inuit)?</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>3. Identifiez-vous comme faisant partie d'un groupe minoritaire visible? (Personnes de descendance ou d'origine africaine, haïtienne, indienne, chinoise, arabe, latino-américaine, etc.)</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>4. Quel est votre statut de citoyenneté et votre pays d'origine?</b>		<input type="checkbox"/> Citoyen(ne) canadien(ne) <input type="checkbox"/> Résident(e) permanent(e) <input type="checkbox"/> Réfugié(e) <input type="checkbox"/> Visa de visiteur/Permis de travail <input type="checkbox"/> Autre: <input type="checkbox"/> Pays d'origine :			
<b>5. Identifiez-vous comme une personne ayant un handicap? (Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.)</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre			
<b>6. Quel est votre état civil?</b>		<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Monoparental(e)/célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve			
<b>7. Avez-vous des enfants de moins 18 ans?</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>*Si OUI, veuillez remplir cette section :</b>			
Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance <i>jj/mm/aaaa</i>	Genre	Carte de santé et Version	Date d'expiration <i>jj/mm/aaaa</i>
<b>8. Quel est votre revenu annuel total du ménage avant impôt?</b>		<input type="checkbox"/> 0 \$-19 999 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$-39 999 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$-59 999 \$ <input type="checkbox"/> 60 000 \$-79 999 \$ <input type="checkbox"/> 80 000 \$-99 999 \$ <input type="checkbox"/> Plus de 100 000 \$ <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre			

### Consentement pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels de la clientèle

Le CSCTIMMINS reconnaît l'importance de protéger vos renseignements personnels et s'engage à recueillir, à utiliser et à divulguer vos renseignements personnels d'une façon honnête et légale en intégrant de bonnes pratiques de protection des renseignements personnels, y compris les renseignements confiés à une tierce partie.

Vous reconnaissez avoir donné un consentement éclairé quant à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de vos renseignements personnels pour les raisons énumérées ci-dessus. Si un nouveau motif d'utilisation ou de divulgation de vos renseignements personnels apparaît, nous vous avertirons et nous vous demanderons votre approbation au préalable.

**Je désire participer à l'AGA du CSCTIMMINS :**

Oui     Non

**Je désire recevoir l'avis de convocation à l'AGA et la trousse d'informations :**

Par courriel (21 jours avant)     Mise à la poste (21 jours avant)     Seulement à l'AGA

**Je désire recevoir des courriels promotionnels du CSCTIMMINS :**

Oui, par courriel     Non

**Je désire retirer mon nom de la liste d'adhésion des membres du CSCTIMMINS et mon consentement :**

Oui (*seuls les membres peuvent participer à l'AGA ou aux activités communautaires*)

**AUCUNE COTISATION À PAYER**

Veuillez faire parvenir votre formulaire dûment rempli à l'adresse courriel suivante : [info@csctimmins.ca](mailto:info@csctimmins.ca)  
ou par la poste à l'attention de Lisa Prévost :

**Centre de santé communautaire de Timmins, 58 - 1500, promenade Riverside Timmins ON P4R 1A1**

**Veuillez noter que les dossiers des adultes sont détruits après dix (10) ans d'inactivité.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date