Centre de santé communautaire de Timmins
120, avenue Kent, Timmins, ON P4N 7S4
Ligne communautaire : 705-269-0370
Courriel : info@csctimmins.ca

FORMULAIRE D'ADHÉSION DES MEMBRES COMMUNAUTAIRE

Mission: Optimiser l'état de santé de la communauté
Valeurs: Bienveillance, responsabilité, accueil et participation

Critères d'admissibilité des membres communautaires (chaque case doit être cochées) :

Toute personne satisfaisant les exigences énumérées ci-dessous peut devenir membre.

☐ 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.

☐ Une personne qui adhère à la vision, mission, aux valeurs et au fonctionnement du CSCTIMMINS.

☐ A complété et soumit le formulaire d'adhésion.

Droits des membres communautaires :

Les membres du CSCTIMMINS peuvent exercer les droits suivants :

- Participer gratuitement aux activités communautaires.
- Aucune cotisation à payer

Renseignements personnels			
Nom de famille	Prénom	Date de naissance jj/mm/aaaa	Genre ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre:
Adresse	Ville		Code postal
Téléphone (maison) :	Téléphone (cellulaire) :	Courriel :	

Carte de santé		
No. de 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 demande d'adhésion s'il juge que ce refus est dans l'intérêt de la personne et/ou du CSCTIMMINS.

J'accepte de libérer les employés, formateurs et bénévoles du CSCTIMMINS de toute responsabilité, poursuite ou réclamation en cas de perte, de dommage ou de blessure liés aux activités du CSCTIMMINS.

J'accepte de participer aux activités du CSCTIMMINS ☐ OUI, j'accepte

Prise de photos

Acceptez-vous la prise de photos lors des activités pour des fins publicitaires? **☐ Oui ☐ Non**

Questions de base actualisées sur la mesure de l'équité des services de santé	
1. Quelles langues parlez-vous à la maison?	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre: _____
2. Vous identifiez-vous comme Autochtone ***(Première Nation, Métis ou Inuk /Inuit)?***	☐ Oui ☐ Non
3. Vous identifiez-vous comme faisant partie d'un groupe minoritaire visible? ***(Personnes d'origine africaine, haïtienne, indienne, chinoise, arabe, latino-américaine, etc.)***	☐ Oui ☐ Non
4. Quel est votre statut de citoyenneté et votre pays d'origine?	☐ Citoyen(ne) canadien(ne) ☐ Résident(e) permanent(e) ☐ Réfugié(e) ☐ Visa de visiteur/ Permis de travail ☐ Autre: ☐ Pays d'origine: _____
5. Vous identifiez-vous comme une personne ayant un handicap? ***(Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.)***	☐ Oui ☐ Non ☐ Je préfère ne pas répondre
6. Quel est votre état civil?	☐ Marié(e) ☐ Conjoint(e) de fait ☐ Monoparental(e)/ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf/ Veuve
7. Avez-vous des enfants de moins 18 ans?	☐ Oui ☐ Non ***Si OUI, veuillez remplir la section suivante :**

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Genre	No. carte de santé/ Version	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)

8. Quel est votre revenu annuel total du ménage avant impôt?	☐ 0 $-19 999 $ ☐ 20 000 $-39 999 $ ☐ 40 000 $-59 999 $ ☐ 60 000 $-79 999 $ ☐ 80 000 $-99 999 $ ☐ Plus de 100 000 $ ☐ 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, utiliser et divulguer de manière honnête et légal, conformément aux bonnes pratiques de protection de la vie privée, y compris lorsqu'ils sont confiés à une tierce personne.

Vous reconnaissez avoir donné un consentement éclairé quant à la collecte, à l'utilisation et 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 en informerons et demanderons votre approbation au préalable.

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

_____ Signature

_____ Date