

Demande de vérification du registre concernant les mauvais traitements (par la poste)

Demande d'accès au registre concernant les mauvais traitements effectuée conformément au paragraphe 19.3(4) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.



Deuxième partie - Renseignements et résultats

SECTION A — Demande de VÉRIFICATION

A-1 Bande-adresse du requérant. Veuillez inscrire lisiblement tous les renseignements demandés.

Nom		
Adresse		App.
Ville	Province	Code postal

Si vous postulez un emploi non rémunéré dans le cadre duquel vous travaillerez auprès d'enfants, vous pourriez être exempté de payer le droit exigé si vous faites parvenir votre demande par le truchement de l'employeur ou de l'organisme pour lequel vous voulez faire du bénévolat.

N. B. : Un droit **non remboursable** de 10 \$ est exigé pour chaque demande. Veuillez vous référer à la troisième partie pour connaître les détails relatifs au paiement de ce droit.

SECTION B — RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT (Doit être remplie par la personne faisant l'objet de la vérification) (VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES)

B-1 Nom : _____
Nom Prénom Second prénom

Anciens noms et autres noms :

a) Nom de jeune fille : _____ b) Changement de nom : _____

c) Aussi connu sous le nom de : _____ d) Autres noms : _____

B-2 Date de naissance : Mois _____ Jour _____ Année _____ B-3 Homme Femme

B-4 Adresse actuelle : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : (_____) _____

B-5 Adresses précédentes des cinq dernières années : _____

B-6 **PIÈCES D'IDENTITÉ** : J'ai choisi et présenté **deux (2)** pièces d'identité à un commissaire à l'assermentation, un notaire public ou un professionnel qui a certifié ma signature et vérifié la photocopie des pièces d'identité jointe à la présente demande :

NAS _____ N° de la CSSM (6 chiffres) _____

N° de bande et de statut _____ Permis de conduire _____

N° de passeport ou de certificat de naissance _____ Autre (veuillez préciser) _____

B-7 J'autorise par la présente le directeur des Services à l'enfant et à la famille à chercher dans le registre concernant les mauvais traitements du Manitoba afin de vérifier si mon nom y figure. J'autorise également par la présente le directeur à me transmettre les résultats de cette vérification, par écrit, lorsque la section C ci-dessous aura été remplie.

Date : _____ SIGNATURE DU REQUÉRANT : _____

SECTION C — RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION DU REGISTRE CONCERNANT LES MAUVAIS TRAITEMENTS (Doit être remplie par le directeur des Services à l'enfant et à la famille)

Réservé à l'administration

La présente vise à confirmer qu'à la date inscrite dans cette section, le nom du requérant :

NE FIGURE PAS au registre concernant les mauvais traitements du Manitoba DATE : _____

FIGURE au registre concernant les mauvais traitements du Manitoba _____

Directeur des Services à l'enfant et à la famille
(ou un mandataire)

N. B. : Le nom d'un jeune contrevenant (moins de 18 ans) peut ne pas figurer au registre concernant les mauvais traitements en raison des dispositions de confidentialité imposées par la *Loi sur les jeunes contrevenants* et la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.

Demande de vérification du registre concernant les mauvais traitements (par la poste)



Demande d'accès au registre concernant les mauvais traitements effectuée conformément au paragraphe 19.3(4) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.

Première partie - Consentement relatif à la collecte et à la divulgation de renseignements et des résultats

Je comprends que le directeur des Services à l'enfant et à la famille (le directeur) se verra remettre les renseignements personnels me concernant (y compris, si besoin est à des fins d'identification, mon numéro d'immatriculation de Santé Manitoba) figurant dans la section B de la deuxième partie, et ce, afin de pouvoir vérifier si mon nom figure dans le registre concernant les mauvais traitements.

Je comprends que le directeur utilisera également ces renseignements pour mettre à jour le Système d'information sur les services à l'enfant et à la famille (SISEF) du Manitoba.

Je comprends que les renseignements personnels me concernant sont recueillis en vertu du paragraphe 37(1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et que les renseignements médicaux personnels me concernant, le cas échéant, sont recueillis en vertu du paragraphe 14(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

Je comprends que la vérification du registre concernant les mauvais traitements permettra de déterminer si mon nom figure au registre, et que le directeur me fera part des résultats figurant dans la section C de la deuxième partie.

Je comprends que les résultats de la vérification me seront dévoilés en vertu de l'article 19 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.

Je comprends que le directeur ne divulguera aucune autre information me concernant sans mon consentement écrit, à moins qu'il en soit autorisé ou forcé par la loi.

Je comprends que je peux annuler, par écrit, mon consentement relatif à la collecte et à la divulgation de renseignements et des résultats à tout moment, et ce, avant que les renseignements soient divulgués en vertu de ce consentement.

Je reconnais qu'une photocopie de ce consentement écrit suffit pour permettre la divulgation des renseignements demandés.

Ce consentement se limite à la présente demande et entre en vigueur à la date à laquelle il est signé. Il cesse d'avoir effet six mois après sa date d'entrée en vigueur.

Je consens par la présente à ce que le directeur recueille les renseignements figurant dans la section B de la deuxième partie, et me fasse part des résultats de la vérification figurant dans la section C de la deuxième partie.

DATE : _____ SIGNATURE DU REQUÉRANT : _____

DATE : _____ TÉMOIN : _____
(Commissaire à l'assermentation, notaire public ou professionnel) Désignation

Si vous avez des questions concernant la collecte et la divulgation de renseignements personnels vous concernant, veuillez communiquer avec le personnel du registre concernant les mauvais traitements au (204) 945-6967.

Demande de vérification du registre concernant les mauvais traitements (par la poste)

Demande d'accès au registre concernant les mauvais traitements effectuée conformément au paragraphe 19.3(4) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.



Troisième partie - Paiement du droit

Nom du requérant _____

Mode de paiement (Veuillez cocher ✓ une seule case et inscrire lisiblement tous les renseignements demandés en lettres moulées)

VISA Numéro de la carte _____ Date d'expiration _____
Nom tel qu'il apparaît sur la carte _____
Montant : _____ (en monnaie canadienne)
Autorisation : _____
Signature du titulaire de la carte

MASTERCARD Numéro de la carte _____ Date d'expiration _____
Nom tel qu'il apparaît sur la carte _____
Montant : _____ (en monnaie canadienne)
Autorisation : _____
Signature du titulaire de la carte

CHÈQUE (libellé à l'ordre du ministre des Finances)

N. B. : Les chèques postdatés ne seront pas acceptés.

MANDAT (libellé à l'ordre du ministre des Finances)

ARGENT (N. B. : Il est déconseillé d'envoyer de l'argent par la poste.)

Pour recevoir un reçu, vous devez obligatoirement le demander en présentant votre demande.

Cochez ✓ cette case si vous souhaitez recevoir un reçu.

Les trois parties de la présente demande doivent être envoyées au bureau du registre concernant les mauvais traitements pour qu'une vérification soit effectuée.

**RÉSERVÉ AU BUREAU DU REGISTRE CONCERNANT
LES MAUVAIS TRAITEMENTS**

Demande reçue date _____