

DEMANDE D'AHÉSION AU REGISTRE DES PERSONNES VULNÉRABLES ET AUX PRISES AVEC UN HANDICAP / APPLICATION TO JOIN THE VULNERABLE AND DISABLED PERSONS REGISTRY



Classée 3^e ville où il fait bon vivre au Québec!
Ranked 3rd best city to live in Québec!

Inscription : <input type="checkbox"/>	Renouvellement/ Renewal : <input type="checkbox"/>	Modification : <input type="checkbox"/>	Annulation / Cancellation: <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VULNÉRABLE / IDENTIFICATION OF THE VULNERABLE PERSON

Nom / Last name :		Prénom / First name :	
Sexe / Gender : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Adresse/Address - N°/ #:		
Date de naissance / Date of birth	Rue/Street:		
Année/Year Mois/Month Jour/Day	Code postal/Postal code :		
No téléphone / Phone # :	No cell / Cell # :	Courriel / email :	

Est-ce que vous vivez seul ? / Do you live alone ? oui/yes non/no

Êtes-vous autonome? / Are you autonomous ? oui/yes non/no

Avez-vous au moins une pièce munie d'air climatisé ou un ventilateur sur pied ? / Do you have at least one room with air conditioning or a standing fan? oui/yes non/no

Avez-vous des animaux, si oui combien et dites-nous s'il s'agit d'un chien, ou chat, etc. ? / Do you have pets, if so, how many and tell us if it's a dog, cat, etc. ?

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE / TEMPORARY ACCOMMODATION

En cas de sinistre, disposeriez-vous d'un endroit adéquat pour vous héberger temporairement? / In the event of a disaster, would you have a suitable place to stay temporarily ? oui/yes non/no

LIMITATIONS À IDENTIFIER / DISABILITIES TO BE IDENTIFIED – Cochez si applicable/Check if applicable

Limitations / Disabilities	Léger / Mild	Moyen/ Moderate	Lourd / Severe	Spécifiez / Specify :
Mobilité / Mobility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auditive / Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visuelle / Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physique / Physical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déficiences intellectuelles / Intellectual disabilities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problème cognitif (exemple : Alzheimer ou démence) / Cognitive problem (example : Alzheimer or dementia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trouble de santé mentale / Mental health disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AIDE TECHNIQUE DONT VOUS AVEZ BESOIN AU QUOTIDIEN / TECHNICAL ASSISTANCE YOU NEED ON A DAILY BASIS

Béquilles / Crutches <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant manuel ou motorisé / Manual or motorized wheelchair <input type="checkbox"/>	Médicaments / Medication <input type="checkbox"/>	Chien guide / Guide dog <input type="checkbox"/>
Canne / Cane <input type="checkbox"/>	Marchette / Standard walker <input type="checkbox"/>	Autres (précisez) / Other (specify) :	
Déambulateur / Wheel walker <input type="checkbox"/>	Appareil respiratoire / Breathing apparatus <input type="checkbox"/>		

COORDONNÉES DES PERSONNES À JOINDRE EN CAS DE SINISTRE. À noter que la Ville de Dollard-des-Ormeaux se dégage de toute responsabilité si elle est dans l'impossibilité de vous rejoindre ou de rejoindre vos personnes contact aux coordonnées indiquées. De plus, il est de votre responsabilité de signaler tout changement pour la mise à jour de votre dossier. / CONTACT INFORMATION IN THE EVENT OF A DISASTER. Please note that the City of Dollard-des-Ormeaux is not responsible if it is unable to reach you or your contacts at the coordinates indicated. Furthermore, it is your responsibility to report any changes to update your file.

Nom / Last name: _____ Prénom / First name: _____

N° téléphone / Phone # : _____ N° cell / Cell # : _____

Lien avec la personne vulnérable / Relationship with the vulnerable person : _____

DÉSIGNATION D'UN REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE INSCRITE / APPOINTMENT OF A REPRESENTATIVE OF THE PERSON ENTERED ON THE REGISTER

J'autorise la personne ci-après nommée à communiquer à la Ville de Dollard-des-Ormeaux les informations contenues dans ce formulaire d'inscription, dans le but de constituer une liste de personnes vulnérables nécessitant des mesures d'aide particulières en situation de mesures d'urgence. Cette autorisation pourra être révoquée en tout temps par le signataire. / I authorize the person named below to communicate to the City of Dollard-des-Ormeaux the information contained in this registration form, for the purpose of compiling a list of vulnerable persons requiring special assistance in an emergency situation. This authorization may be revoked at any time by the signatory.

Nom / Last name: _____ Prénom / First name: _____

La personne qui fait cette demande / The person making this request :

Personne vulnérable / Vulnerable person Conjoint / Spouse Parent Tuteur / Guardian
Représentant légal / Legal representative

AUTORISATION D'ACCÈS ET PARTAGE D'INFORMATIONS / ACCESS AUTHORIZATION AND INFORMATION SHARING

J'atteste avoir pris connaissance en qualité de personne vulnérable, de parent, de tuteur, ou autre représentant légal, et consens aux éléments suivants :

- L'inscription à ce registre n'est soumise à aucune obligation de ma part ni de mon entourage ;
- Les informations recueillies pourraient être transmises aux services de sécurité dans le cas où un plan d'alerte et d'urgence serait déclenché sur le territoire de la Ville ;
- Ces renseignements ont pour seule vocation d'aider les services publics mobilisés à me porter assistance en cas de nécessité.

Je renonce à tout droit ou action de réclamation contre la Ville de Dollard-des-Ormeaux, ses employés, ses préposés ou tout autre service d'intervention d'urgence pour des dommages que je pourrais subir, découlant de la présente autorisation.

I certify that, as a vulnerable person, parent, guardian, or other legal representative, I have read and agree to the following:

- The registration of my name is not subject to any obligation on my part or on the part of those around me;
- The information collected may be forwarded to the Security Department in the event that an emergency alert plan is activated in the City;
- This information is only intended to help the public services mobilized to assist me in case of need.

I waive any right or action to claim against the City of Dollard-des-Ormeaux, its employees, servants or any other emergency response service for damages I may suffer as a result of this authorization.

J'autorise la Ville de Dollard-des-Ormeaux à transmettre l'information à / I authorize the City of Dollard-des-Ormeaux to transmit the information to :

CIUSS Service de sécurité incendie de Montréal (SIM) Police

Signature: _____ Date: _____

Faites parvenir cette demande d'adhésion dûment remplie et signée à / Send this completed and signed application to :

Ville de Dollard-des-Ormeaux
Service des sports, loisirs et culture
Registre personnes vulnérables
12001, boul. De Salaberry
Dollard-des-Ormeaux (Québec) H9B 2A7

ou / or

par courriel à / by email at: loisirs@ddo.qc.ca

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements contenus dans ce formulaire seront traités confidentiellement conformément aux dispositions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, c. A-2.1)

CONFIDENTIALITY NOTICE

The information contained in this form will be treated confidentially in accordance with the provisions of the Act respecting access to documents held by public bodies and the protection of personal information (CQLR c. A-2.1)