

Identité du représentant
et autorisation de communiquer des renseignements

☐ Adulte hébergé

☐ Adulte en ressource intermédiaire

1) Identité de l'usager

Directives au verso

Nom de famille à la naissance	Prénom
Numéro d'assurance maladie	

2) Identité du représentant

Lorsque l'usager est inapte ☐ Représentant légal : curateur privé, tuteur ou mandataire en vertu d'un mandat en cas d'incapacité homologué par un tribunal (Le représentant doit signer la présente section après avoir indiqué ses coordonnées.) ☐ Aidant naturel : (Le représentant doit signer la présente section après avoir indiqué ses coordonnées. Une lettre d'attestation est obligatoire. Voir les directives au verso.)	Lorsque l'usager est apte ☐ Titulaire d'une procuration générale ou spéciale : (Le représentant doit signer la présente section après avoir indiqué ses coordonnées.) ☐ Autre représentant : (L'usager doit signer la présente section après avoir indiqué les coordonnées de son représentant.)															
Lorsque l'usager est décédé ☐ Liquidateur de la succession : (Le liquidateur doit signer la présente section après avoir indiqué ses coordonnées.)																
Nom de famille à la naissance du représentant	Prénom du représentant															
ADRESSE DU REPRÉSENTANT <table><tr><td>NUMÉRO</td><td>RUE</td><td>APPARTEMENT</td></tr><tr><td colspan="2">VILLE</td><td>PROVINCE</td></tr><tr><td colspan="2">CODE POSTAL</td><td></td></tr><tr><td>TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉGIONAL</td><td>TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉGIONAL</td><td>POSTE</td></tr><tr><td colspan="2">AUTRE IND. RÉGIONAL</td><td></td></tr></table>		NUMÉRO	RUE	APPARTEMENT	VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL			TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉGIONAL	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉGIONAL	POSTE	AUTRE IND. RÉGIONAL		
NUMÉRO	RUE	APPARTEMENT														
VILLE		PROVINCE														
CODE POSTAL																
TÉLÉPHONE AU DOMICILE IND. RÉGIONAL	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL IND. RÉGIONAL	POSTE														
AUTRE IND. RÉGIONAL																
SIGNATURE DE L'USAGER (Seulement si la case « Autre représentant » est cochée.) SIGNATURE DE SON REPRÉSENTANT (dans tous les autres cas). DATE Année Mois Jour		SIGNATURE D'UN TÉMOIN AUTRE QUE LE REPRÉSENTANT (Seulement si la signature de l'usager est un X.) DATE Année Mois Jour														

3) Autorisation de communiquer des renseignements

Cochez la ou les cases qui correspondent aux situations pour lesquelles vous autorisez l'échange de renseignements. Cette autorisation est valide pour toute la durée de l'hébergement.

Par la présente, je, _____, autorise
(Nom de l'usager)

☐ la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer au conjoint la décision concernant la contribution à verser;

☐ la Régie de l'assurance maladie du Québec à fournir à l'établissement une copie de tous les documents ou renseignements nécessaires au traitement de la demande d'exonération;

☐ la Régie de l'assurance maladie du Québec et Revenu Québec à s'échanger tout renseignement nécessaire à la détermination de mon revenu;

☐ la Régie de l'assurance maladie du Québec et Revenu Québec à s'échanger tout renseignement nécessaire à la détermination du revenu total de la famille.

Dans ce dernier cas, veuillez faire remplir cette section par votre conjoint.

Par la présente, je, _____, autorise l'échange
(Nom du conjoint)

de ces renseignements.

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE
DU CONJOINT

SIGNATURE DU CONJOINT OU DE SON REPRÉSENTANT

DATE
Année Mois Jour

SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

DATE
Année Mois Jour

SIGNATURE D'UN TÉMOIN AUTRE QUE LE REPRÉSENTANT (seulement si l'usager a signé avec une croix)

DATE
Année Mois Jour

Protection des renseignements personnels

La Régie de l'assurance maladie du Québec garantit que les renseignements personnels qu'elle recueille sont utilisés de manière à conserver leur caractère confidentiel et uniquement aux fins pour lesquelles elle les a recueillis. Ils sont accessibles aux seuls employés qui ont qualité pour en prendre connaissance lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Toutefois, ces renseignements peuvent être communiqués à un autre organisme public, et ce, en vertu de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Directives

Important : L'utilisateur qui autorise l'échange de renseignements, doit remplir les sections 1 et 3.
S'il y a un représentant de l'utilisateur, il est nécessaire de remplir les sections 1 et 2.
Si le représentant autorise l'échange de renseignements, il est nécessaire de remplir la section 3.
Dans tous les cas, le formulaire doit être signé aux endroits indiqués.

Vous devez indiquer dans quel programme est inscrit l'utilisateur en cochant la case appropriée.

1) Identité de l'utilisateur

Remplir toutes les cases.

2) Identité du représentant

Cette section est obligatoire pour la demande d'exonération lorsque l'utilisateur a déjà un représentant ou lorsqu'il souhaite en désigner un.

Les représentants de l'utilisateur inapte

Une personne est inapte lorsqu'elle est incapable de prendre soin d'elle-même ou d'administrer ses biens en raison notamment d'une maladie, d'un handicap, d'une déficience ou d'un affaiblissement découlant de l'âge et qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté.

- Le **curateur privé** et le **tuteur** sont des représentants désignés par un jugement de la Cour.
- La personne désignée par un mandat en cas d'incapacité peut agir à titre de mandataire seulement si l'utilisateur est devenu inapte et que le mandat est homologué par un tribunal.
- **L'aidant naturel** est toute personne importante dans l'entourage de l'utilisateur inapte, soit le conjoint, un proche parent ou encore une personne montrant un intérêt particulier pour l'utilisateur. Pour pouvoir agir comme représentant de l'utilisateur inapte aux fins du présent programme, la personne ainsi désignée doit faire confirmer son statut d'aidant naturel dans une lettre signée par un intervenant des services de santé et des services sociaux.

Les représentants de l'utilisateur apte

- Le **titulaire d'une procuration** appropriée peut agir, aux fins du présent programme, au nom de l'utilisateur. La procuration peut être générale ou spéciale. Dans le premier cas, elle permet au titulaire de gérer l'ensemble des affaires de l'utilisateur. Dans le second cas, elle permet au titulaire de gérer seulement les affaires de l'utilisateur liées à son hébergement. La procuration peut être faite devant notaire ou devant témoins.
- Le choix de la catégorie **Autre représentant** permet, à l'utilisateur apte, de désigner un représentant s'il ne l'a pas déjà fait. Il doit alors signer cette section du formulaire après y avoir indiqué les informations relatives à la personne par qui il souhaite être représenté aux fins du présent programme.

Le représentant de la personne décédée

- Le **liquidateur de la succession** est reconnu comme représentant si les formulaires Demandes d'exonération et Identité du représentant sont remplis après le décès de l'utilisateur.

3) Autorisation de communiquer des renseignements

L'utilisateur ou son représentant coche la ou les cases applicables à sa situation.

- Il autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer au conjoint la décision concernant la contribution à verser lorsque ce dernier n'est pas le représentant.
- Il autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à fournir au représentant de l'établissement une copie de tous les documents ou renseignements nécessaires au traitement de la demande d'exonération, par exemple la demande de documents. Sinon, cette demande sera envoyée uniquement à l'utilisateur ou à son représentant.
- Il autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec à échanger avec Revenu Québec tous les renseignements nécessaires à la détermination **du revenu de l'utilisateur ou du revenu total de la famille**, ce qui évite à l'utilisateur ou à son représentant d'avoir à transmettre la déclaration de revenus du Québec. Lorsque l'autorisation donnée porte sur le revenu total de la famille, le nom, le numéro d'assurance maladie et la signature du conjoint ou de son représentant sont nécessaires afin d'autoriser cet échange.

Si une case est cochée, l'utilisateur ou son représentant doit signer le formulaire à l'endroit indiqué. Si la signature de l'utilisateur est un X, un témoin autre que le représentant doit signer à l'endroit « Signature d'un témoin autre que le représentant ».

Ce formulaire doit accompagner la *Demande d'exonération ou de réévaluation* (formulaires 3656 ou 4472) ou la *Demande d'exonération* (formulaires 3806 ou 4474).

Veuillez retourner les documents à l'adresse suivante :

Service de la contribution et de l'aide financières
425, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 213
Montréal (Québec) H3A 3G5

Vous pouvez nous joindre aux numéros de téléphone suivants :

Adultes hébergés	Ressources intermédiaires
514 873-1529	514 873-1573
1 800 265-0765	1 866 237-8311