



New Registration [] Modification [] Withdrawal []

IDENTIFICATION OF INDIVIDUAL REQUIRING SPECIAL ASSISTANCE

Surname: Given Name:
Gender: M [] F [] Date of Birth: Email:
Tel. No.: Tel. (Cell):
Street No.: Street: Town: Baie-D'Urfé Postal Code:
Living Arrangements: Alone [] With Spouse [] With Family [] In Assisted Living [] If so, specify:
Does your dwelling have at least one air-conditioned room? Do you own a pedestal fan?

TEMPORARY ACCOMODATIONS

In the event of a disaster, would you have a suitable dwelling capable of accommodating you should the situation warrant it?

No [] Yes [] If yes, specify:

REASON(S) FOR SPECIAL ASSISTANCE

Table with columns: Impairments, Degree, Mild, Moderate, Heavy, Please describe:
Rows include: Mobility Limitations, Hearing, Visual, Physical, Mental Health, Alzheimer or Dementia, Intellectual i.e. Autism

Other, please specify:

MOBILITY AID OR OTHER AID NECESSARY FOR DAILY ACTIVITIES

[] Crutches [] Manuel Wheelchair [] Respiratory Aid [] Prosthetic/Orthotic
[] Cane [] Motorised Wheelchair [] Guide dog Medication: Yes [] No []
[] Rollator [] Walker [] Other (specify):

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

1 Surname: Given Name: Relationship to vulnerable person:
Tel.: Tel. (Cell):
2 Surname: Given Name: Relationship to vulnerable person:
Tel.: Tel. (Cell):

The Town will not be held liable if it is unable to reach you or your emergency contacts with the information collected above.

REPRESENTATIVE OF INDIVIDUAL REQUIRING SPECIAL ASSISTANCE

I consent to the release of my personal information to the Town of Baie-D'Urfé by the person listed below for the purposes of creating a registry of vulnerable persons in need of particular assistance in the event of an emergency situation.

Registrant: Vulnerable Person [] Spouse [] Parent [] Tutor [] Legal Representative or Mandatary []

Surname: Given Name:

CONSENT TO SHARING OF PERSONAL INFORMATION

As a person requiring special assistance or parent, tutor, legal representative or mandatary of a vulnerable person, I affirm having knowledge of and consent to the following:

- Registration to the registry is a completely voluntary sharing of information;
Personal information collected may be disclosed to other law enforcement and to Baie-D'Urfé Rescue and vCOPs in the event that an emergency alert be declared on the territory of the Town;
All information is collected with the sole purpose of ensuring that in the event of an emergency situation, respondents are better equipped to assist me;
I agree to release, waive and discharge the Town of Baie-D'Urfé, its employees and volunteers and other law enforcement and emergency services bodies from any and all liabilities resulting or alleged to result from compliance with the foregoing authorization or consent.

Signature of Registrant or Legal Representative Signature Date:

ARE YOU SUBSCRIBED TO: Baie-D'Urfé E-newsletter? Yes [] No [] CodeRed? Yes [] No []

It is acknowledged that it is your responsibility to ensure that the information collected is current and valid, and that the Town of Baie-D'Urfé is notified of any changes to your file.

Please return duly completed and signed form to: Town of Baie-D'Urfé, Vulnerable Persons Registry, 20410 Lakeshore Road, Baie-D'Urfé (Québec) H9X 1P7
NOTICE OF CONFIDENTIALITY: Personal information contained on this form is collected under the authority of the Act Respecting Access to Documents Held by Public Bodies and the Protection of Personal Information (CQRL, c. A-2.1 and current municipal policies).

FOR OFFICE USE ONLY

Form received by: Letter of confirmation sent by:
Representative: Date of last update:



Nouvelle Inscription [] Modification [] Annulation []

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

Nom : Prénom :
Sexe : M [] F [] Date de naissance : Courriel :
N° Téléphone : N° Cell :
N° : Rue : Ville : Baie-D'Urfé Code Postal :
Conditions de logement : Autonome [] Avec conjoint [] Avec la famille [] En établissement [] Si oui, précisez :
Avez-vous au moins une pièce munie d'air climatisé : Avez-vous un ventilateur sur pied ?

HÉBERGEMENT TEMPORAIRE

Lors d'un sinistre, si la situation nécessite un transfert temporaire vers une autre habitation, disposeriez-vous d'un endroit adéquat pour vous héberger?
Non [] Oui [] Si oui, précisez :

IDENTIFICATION DES LIMITATIONS

Table with columns: Limitations, Degré, Léger, Moyen, Lourd, Spécifiez. Rows include: Mobilité, Auditive, Visuelle, Physique, Trouble de santé mentale, Alzheimer ou démence, Intellectuelle i.e. autisme.

AIDE TECHNIQUE OU AUTRE MOYEN POUR VOUS PERMETTRE D'ACCOMPLIR DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES ?

[] Béquille [] Fauteuil roulant manuel [] Appareil respiratoire [] Prothèse/orthèse
[] Canne [] Fauteuil roulant motorisé [] Chien guide Médication : Oui [] Non []
[] Déambulateur [] Marchette [] Autres (précisez) :

COORDONNÉES DES PERSONNES À JOINDRE EN CAS DE SINISTRE

1 Nom : Prénom : Lien avec la personne vulnérable :
N° Tél : N° Cell :
2 Nom : Prénom : Lien avec la personne vulnérable :
N° Tél : N° Cell :

La Ville se dégage de toute responsabilité si elle est dans l'impossibilité de vous rejoindre ou de rejoindre vos personnes contact aux coordonnées indiquées.

DÉSIGNATION D'UN(E) REPRÉSENTANT(E) DE LA PERSONNE INSCRITE :

J'autorise la personne ci-après nommée à communiquer à la Ville de Baie-D'Urfé 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.

La personne qui fait cette demande : Personne vulnérable [] Conjoint [] Parent [] Tuteur [] Représentant légal

Nom : Prénom :

AUTORISATION D'ACCÈS ET DE PARTAGE D'INFORMATIONS

J'atteste avoir pris connaissance, en qualité de personne vulnérable, de parent, de tuteur, ou autre représentant légal, et consent aux éléments suivants :
• L'inscription au registre nominatif n'est soumise à aucune obligation de ma part ni de mon entourage ;
• Les informations recueillies pourraient être transmises à Sauvetage Baie-D'Urfé et vCOPs 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 Baie-D'Urfé, ses employés, ses bénévoles ou tout autre service d'intervention d'urgence pour des dommages que je pourrais subir, découlant de la présente autorisation.

Signature de la personne inscrite ou de son représentant Signature Date :

ÊTES-VOUS ABONNÉ À : L'infolettre Baie-D'Urfé ? Oui [] Non [] CodeRed ? Oui [] Non []

Si un changement concernant vos renseignements personnels survient, vous devez le signaler afin que les informations de votre dossier soient mises à jour.

Faites parvenir cette fiche dûment remplie et signée à :
Ville de Baie-D'Urfé
Registre personnes vulnérables
20410, chemin Lakeshore
Baie-D'Urfé (Québec) H9X 1P7
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 (L.R.Q., c. A-2.1 et aux politiques municipales en vigueur).

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Formulaire reçu par : Lettre de confirmation envoyée par :
Intervenant : Date de mise à jour :