

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS et DEMANDE DE DIVULGATION



Pour des raisons administratives et de confidentialité, Valoris ne peut pas divulguer de renseignements à des tiers sans obtenir préalablement le consentement écrit des parties concernées ou une ordonnance du tribunal. Si vous n'avez aucun de ces documents, vous pourrez seulement obtenir certains renseignements relatifs à vous personnellement.

SECTION A : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU REQUÉRANT			
Nom de famille :		Prénom :	Deuxième prénom :
Nom de jeune fille si applicable :		Date de naissance : (aaaa-mm-jj)	
Courriel :		Numéro de téléphone :	
ADRESSE POSTALE			
App. /Unité : Numéro : Rue :		Ville/Municipalité : Province :	Code postal :
SECTION B : RENSEIGNEMENTS SUR LE DOSSIER DEMANDÉ			
Nom du dossier :		Date de naissance de la personne du dossier : (aaaa-mm-jj)	
Lien avec la personne du dossier :		Si pour un enfant, quel est son nom ?	
Raison de la demande du dossier :			
Quelle période du dossier vous faut-il ?			
SECTION C : AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS si vous souhaitez accéder à votre dossier ENFANT			
Nom de famille de votre mère :		Prénom :	Deuxième prénom :
Nom de jeune fille de votre mère :		Date de naissance : (aaaa-mm-jj)	Lieu de naissance :
Nom de famille de votre père :		Prénom :	Deuxième prénom :
		Date de naissance : (aaaa-mm-jj)	Lieu de naissance :
Choisissez la catégorie qui vous décrit le mieux : <input type="checkbox"/> ancienne pupille de la Couronne <input type="checkbox"/> ancien enfant pris en charge <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> autre (précisez) _____			
Faites-vous une demande pour vous-même ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si vous avez répondu NON, joignez les consentements de divulgation requis.			
SECTION D : SIGNATURE ET DATE			
J'autorise VALORIS à divulguer les documents demandés.			
SIGNATURE			Date : (aaaa-aa-jj)
Veuillez imprimer, remplir, signer ce formulaire, y joindre (2) pièces d'identité avec photo et envoyer le tout à divulgateur@valorispr.ca ou par télécopieur au 613-693-0709 . Vous pouvez aussi apporter les documents à l'un des bureaux de Valoris ou l'imprimer et le poster à : VALORIS, 860, rue Caron, Unité 1, Rockland, Ontario, K4K 1H1. À l'attention du service juridique			

PERSONAL INFORMATION REQUEST and DISCLOSURE REQUEST



Due to administrative and confidentiality reasons, Valoris is unable to release any third party information without specific written consent from those parties or a court order. If you do not have any of those documents, you will be provided only information about yourself.

SECTION A: PERSONAL INFORMATION of the APPLICANT			
Family name (surname):		Given Names(s):	Middle Name:
Maiden Name, if applicable:		Date of Birth: (yyyy-mm-dd)	
Email Address:		Telephone Number:	
MAILING ADDRESS			
Apt. /Unit:	Street Number:	Street Name:	City/Town: Province: Postal Code:
SECTION B: INFORMATION PERTAINING TO THE REQUESTED RECORDS			
Name on that file:		Date of birth of the person on the file: (yyyy-mm-dd)	
What is your relationship with the person on the file:			If for a child, what is his name?
Reason for requesting the records:			
Which timeframe of the records do you need?			
SECTION C: OTHER RELEVANT INFORMATION if you wish to access your records as a CHILD			
Your mother's surname:		First Name:	Middle Name:
Mother's Maiden Name:		Date of Birth: (yyyy-mm-dd)	Place of Birth:
Your Father's Surname:		First Name:	Middle Name:
		Date of Birth: (yyyy-mm-dd)	Place of Birth:
Select the category that best describes you:			
<input type="checkbox"/> Former Crown Ward <input type="checkbox"/> Former Child in Care <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other (specify)_____			
Are you requesting information on your behalf? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
If NO, you must include the required consents to release information.			
SECTION D: SIGNATURE AND DATE			
I authorize VALORIS to release the information requested.			
SIGNATURE			Date: (yyyy-mm-dd)
Please print, complete, sign this form and send it, along with two (2) pieces of photo identification, to divulcation@valorispr.ca or fax it to 613-693-0709. You may present yourself in person to one of Valoris' agencies, or print the form and mail it to: VALORIS, 860 Caron Street, Unit 1, Rockland, Ontario, K4K 1H1. Attention to: legal department			