



## AUTORISATION DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS DE WIC

Je \_\_\_\_\_ autorise le \_\_\_\_\_ Program WIC  
(Nom en majuscules)

**À publier les informations suivantes :** Veuillez **sélectionner oui ou non** pour indiquer si WIC peut publier les informations ci - dessous :

- |                              |                              |                                           |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Plan de Soins Nutritionnels               |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Prescription d'Aliments / de Préparations |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Informations sur l'Assurance Maladie      |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Hauteur / Longueur / Poids                |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Hémoglobine / Hématocrite / Plomb         |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Immunisations                             |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Coordination des Rendez-vous              |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Autre (DOIT être spécifique) : _____      |

### Contenues dans le dossier WIC de :

Nom du Participant : \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**À :**

Nom de la ou des Personnes et / ou Organisation (s) : \_\_\_\_\_

- ☐ Veuillez vérifier si WIC peut divulguer les informations ci-dessus au fournisseur de MassHealth / de l'Équipement Médical Durable (DME, comme en anglais).

### Pour la (les) raison (s) suivante (s) :

Indiquez la (les) raison (s) du partage de ces informations. Si vous ne souhaitez pas énumérer les raisons, écrivez simplement « À ma demande » :

- Je comprends que la ou les personnes ou organisations énumérées ici peuvent ne pas être couvertes par les lois fédérales ou étatiques sur la protection de la vie privée et qu'elles peuvent être en mesure de partager davantage les informations que WIC leur donne.
- Je demande que le Programme WIC fournisse les informations spécifiées ci-dessus, même si je sais que la loi fédérale me donne le droit d'obtenir des avantages WIC et de garder les dossiers des participants WIC confidentiels. Je peux refuser de signer cette autorisation. Si je refuse de signer, l'éligibilité et les avantages de mon (mes) enfant (s) à WIC ne seront pas affectés.
- Je comprends que je peux changer d'avis et annuler cette autorisation à tout moment. Pour ce faire, je dois écrire une lettre à WIC et l'envoyer par la poste ou l'apporter au programme WIC auquel je donne à présent cette autorisation. Une fois que les informations ont déjà été communiquées par WIC, je comprends qu'il est trop tard pour moi d'annuler l'autorisation.

**Signature du Participant / Parent / Tuteur :** \_\_\_\_\_

**Relation avec le Participant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cette autorisation est valable un an à compter de la date de signature.**

Cette institution est un prestataire qui adhère au principe de l'égalité des chances.

