



Consent to Collection and Disclosure of Personal Information

I _____, wish to inform you that I accept the Ministry of Health and Long - Term Care's (the "Ministry") offer of reimbursement of tuition fees in exchange for return of service in an underserved community or undersupplied specialty, in accordance with the Ministry's Free Tuition Program (the "Program"), and accordingly agree to fulfill all of the terms and conditions of that Program.

A. I authorize the Ministry to collect from, and/or disclose to, the following bodies or persons all of my personal information that is pertinent to my participation in the Program, including but not limited to personal information relating to my application to and graduation from a medical school/faculty in a recognized university and to the fulfillment of my commitment to return service in an underserved community or undersupplied specialty:

1. Listed below are the following universities medical schools/faculties I would like my documents forwarded to:

(a) _____

(b) _____

(c) _____

2. any hospital, long-term care facility, clinic , or other health care facility (in a Ministry-approved underserved community or a community with an undersupplied specialty) where I may return service under Program guidelines; and

3. any community representative of a Ministry-approved underserved community or a community with an undersupplied specialty where I may return service under Program guidelines.

With respect to the facility and persons listed in paragraphs 2 and 3, I authorize collection and/or disclosure only as long as:

- I have expressly identified the specific facility or community representative from whom collection may be sought and/or to whom disclosure may be made; and
- in the case of the community representative, the representative is authorized to negotiate, or legally authorized to execute, a Ministry -approved return-of -service agreement with me on behalf of the community.

B. I further authorize the Ministry to disclose the personal information described above to community development officers funded by the Ministry's Community Development Program, in order to assist in fulfilling my commitment to return service in an underserved community, in accordance with Program guidelines .

C. I also agree to participate fully in an evaluation study of the Program at the direction of the Ministry.

Signature

Date (yyyy/mm/dd)

The Ministry of Health and Long-Term Care is authorized to collect the personal information requested in this form for the purpose of properly administering the Ministry's Free Tuition Program under subsection 6(1) paragraph 4 or clause 6(2)(b) of the *Ministry of Health and Long-Term Care Act*, R.S.O. 1990, c. M. 26. The personal information will be used to assess, verify and monitor the return-of-service agreement.

For information about this collection, please contact Manager:

Ministry of Health and Long -Term Care
Primary Health Care Team
Underserved Area Program
159 Cedar Street, Suite 402
Sudbury ON P3E 6A5

Telephone : 705 - 564 - 7280 or 1 -866 -727 -9959
Facsimile : 705 - 564 - 7493



Consentement à la collecte et divulgation des renseignements personnels

Je, soussigné(e) _____, souhaite vous informer que j'accepte l'offre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « ministère ») de me rembourser mes frais de scolarité en échange de mon engagement à servir dans une communauté insuffisamment desservie ou dans une spécialité insuffisamment représentée conformément au Programme de bourses d'études du ministère (le « Programme »), et je conviens de remplir toutes les conditions de ce programme.

A. J'autorise le ministère à recueillir auprès des organismes ou personnes ci-dessous, et/ou à leur divulguer, tous les renseignements personnels en rapport avec ma participation au Programme, notamment ceux qui concernent mon inscription dans une école/faculté de médecine relevant d'une université reconnue et le diplôme que j'ai obtenu, et l'exécution de mon engagement à servir dans une communauté insuffisamment desservie ou dans une spécialité insuffisamment représentée :

1. Voici la liste des écoles/facultés de médecine universitaires à qui j'aimerais que mes documents soient transmis :

(a) _____

(b) _____

(c) _____

2. l'hôpital, l'établissement de soins de longue durée, la clinique ou autre établissement de soins (situés dans une communauté insuffisamment desservie ou dans une communauté où ma spécialité est insuffisamment représentée, approuvée par le ministère) où je pourrai offrir mes services en retour conformément aux directives du Programme;

3. le représentant ou la représentante d'une communauté insuffisamment desservie ou d'une communauté où ma spécialité est insuffisamment représentée, approuvée par le ministère, où je pourrai offrir mes services en retour conformément aux directives du Programme.

Pour ce qui est de l'établissement ou des personnes figurant aux paragraphes 2 et 3, je n'autorise la collecte et/ou la divulgation que si :

■ j'ai expressément donné le nom de l'établissement ou du représentant ou de la représentante communautaire à qui on peut demander et/ou divulguer mes renseignements personnels;

■ s'agissant du représentant ou de la représentante communautaire, cette personne est autorisée à négocier, ou légalement autorisée à signer, une entente de services en retour avec moi au nom de la communauté.

B. J'autorise en outre le ministère à divulguer les renseignements personnels décrits ci-dessus aux agents et agentes de développement communautaire rémunérés dans le cadre du Programme de développement communautaire du ministère, afin de m'aider à remplir mon engagement à servir dans une communauté insuffisamment desservie conformément aux directives du Programme.

C. Je conviens également de participer sans réserve à une étude d'évaluation du Programme si le ministère me le demande.

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est autorisé à réunir les renseignements personnels décrits dans cette formule pour la bonne administration de son Programme de bourses d'études. Ces renseignements personnels serviront à faciliter la participation du médecin au Programme, notamment à l'aider à remplir son engagement à servir dans un établissement de soins situé dans une communauté insuffisamment desservie ou dans une spécialité insuffisamment représentée approuvée par le ministère, conformément aux directives du Programme.

Pour de plus amples renseignements sur la collecte des renseignements personnels et le Programme, veuillez écrire, téléphoner ou envoyer une télécopie à :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Équipe de renouvellement des soins primaires
Programme des services aux régions insuffisamment desservies
59, rue Cedar, bureau 402
Sudbury ON P3E 6A5

Téléphone : (705) 564-7280 ou 1 866 727-9959
Télécopieur : (705) 564-7493