

LOCAL OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	DATE

DECLARATION D'INFORMATION COLLATERALE
STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

SECTION 1

OBJET : _____

Le Ministère de la Santé et des services sociaux est en train de déterminer l'admissibilité de la personne dont le nom figure ci-dessus. Veuillez avoir l'obligeance de bien vouloir me fournir l'information requise à la section 2 du présent formulaire.

SPECIALISTE DES SERVICES FINANCIERS

SECTION 2

J'autorise _____ dont la relation avec moi
PERSONNE OU ORGANISME

est _____ à fournir l'information suivante au Ministère de la Santé
MEDECIN, VOISIN, PARENT, ETC.

et des services sociaux.

SIGNATURE DU CANDIDAT/DESTINATAIRE

DATE

SECTION 3 A L'ATTENTION DE LA PERSONNE QUI FOURNIT L'INFORMATION :

Donnez seulement les informations que vous savez personnellement être véridiques. Inscrivez INCONNU à côté de l'information que vous ne pouvez fournir. Signez et datez le formulaire, indiquez votre adresse et numéro de téléphone. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, utilisez le verso de ce formulaire.

SIGNATURE

DATE

ADRESSE

NUMERO DE TELEPHONE