



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 :

- Oui Non Plan de Soins Nutritionnels
- Oui Non Prescription d'Aliments / de Préparations
- Oui Non Informations sur l'Assurance Maladie
- Oui Non Hauteur / Longueur / Poids
- Oui Non Hémoglobine / Hématocrite / Plomb
- Oui Non Immunisations
- Oui Non Coordination des Rendez-vous
- Oui 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.

