



CONSENT TO RECEIVE SERVICES FOR MAISON MICHELLE DE COURVILLE NICOL (MdeCN)

I understand and agree that MdeCN counsellors will keep my personal and health information confidential. The following include exceptional circumstances when information must be provided by MdeCN staff with or without consent and without prior notice to the resident.

- When the resident presents danger to self or others;
- When records are subpoenaed by the courts;
- When the resident presents a risk in the operation of a motor vehicle;
- When it is suspected that a child under the client's care might be neglected and/or at risk of being physically or emotionally abused.

I understand and agree that if I don't follow the rules and expectations, a counselor may revise my discharge plan and/or proceed with an early discharge from Maison Michelle de Courville Nicol. I understand and agree that the residence is a community-based housing focused for men and women who are seeking to stabilize their mental health and to be transition back into their community. I understand Maison Michelle de Courville Nicol wishes to offer secure temporary housing. In this way, I understand and consent to personal safety searches; searches of my belongings; searches of my room; and urinalysis/alcohol screenings when requested by MdeCN counsellors. I understand that these items are performed daily, weekly, at random and performed with professionalism. Safety and Security of Maison Michelle de Courville Nicol is important.

I understand that I can refuse to sign this consent or to remove it at any time. However, by doing so, my time at Maison Michelle de Courville Nicol will terminated immediately.

COMPLETED AND SIGNED ON: January 28, 2024

Resident Name: Deirdre Moore

Resident Signature: Deirdre Moore

Name of MdeCN Counselor: Helen Axel

Signature of MdeCN Counsellor: [Signature]



Contract between Deirdre Moore, and the Maison Michelle de Courville Nicol.

I, Deirdre Moore, understand that if I fail to comply with the conditions listed below or disregard the rules and regulations (which I have read and understood), I will be discharged immediately.

1. NO USE or USE TALK will be tolerated while in the program;
2. Take all medication as prescribed by a medical professional;
3. I will get up and go to bed at a decent hour and respect daily client schedule;
4. I will dress appropriately at all times.
5. Mandatory group Programming (morning group/ house meeting, evening group);
6. Mandatory personal Programming (two one-hour sessions per day (10:00 AM and 2:00 PM) where you are in control of your program);
7. Electronics will be kept in office with staff and electronic times will be designated.
8. Mealtime (30 minutes together) 3X per day;
9. Chores are assigned weekly and done daily (1 hour);
10. Laundry hours are assigned;
11. Urine screenings are conducted at random at any time;
12. All medications—even vitamins & over-the-counter pills—must be prescribed by a doctor;
13. No visitors are allowed on the property;
14. No food in bedrooms;
15. Outings (daily and weekends);
16. I will smoke only in designated areas. I understand that smoking is prohibited between the following hours: 10:30 PM – 6:00 AM (Monday-Thursday & Sunday) / 12:30 AM – 6 :00 PM (Friday- Saturday).
17. I will not steal from the Withdrawal Management Centre or from co-residents.
18. **No verbal or physical violence will be tolerated against staff and/or towards other persons in service. Zero tolerance policy will be clearly explained and enforced.**
19. I understand that there is to be no physical/intimate contact between residents.
20. I will respect the other residents and will speak to staff if any disagreement occurs.
21. I will comply with staff instructions.

I understand how overwhelming all of this sounds. But remember, we are here to support you and ensure that your stay with us is smooth and safe.

Signed: Deirdre Moore

Date: January 28, 2024

Witness: [Signature]



AUTORISATION DE LA CLIENTÈLE POUR RECUEILLIR, UTILISER, ET DIVULGUER L'INFORMATION LIÉE AU SERVICE – CERCLE DE SOINS

Montfort Renaissance (MRI) respecte la loi ontarienne qui protège vos renseignements personnels sur la santé. MRI doit recueillir et conserver les renseignements sur votre santé afin de vous fournir des soins de santé. En tant que dépositaires de l'information sur la santé (DIS), nous sommes tenus de protéger vos renseignements personnels sur la santé. Vous avez le droit de savoir comment nous pouvons utiliser, partager et comment vous pouvez accéder à vos informations. Vos renseignements personnels sur la santé ne seront pas partagés sans votre consentement explicite, sauf tel que décrit ci-dessous et là où la loi l'autorise ou l'exige. Vos renseignements personnels sur la santé peuvent être utilisés pour évaluer et améliorer les services de soins de santé. Il se peut que l'on communique avec vous pour participer à des sondages sur les soins que vous recevez et votre participation est strictement volontaire.

En acceptant les services de MRI, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels sur la santé parmi les fournisseurs de soins de santé qui composent votre cercle de soins et le consentement est considéré comme implicite.

Je, Deirdre Moore, ai lu la déclaration de Montfort Renaissance pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels sur la santé.

- Je comprends que MRI me demande mon consentement pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels sur la santé (ou des renseignements personnels sur la santé de la personne au nom de qui j'agis comme un mandataire spécial).
- Je comprends que MRI ne collectera, n'utilisera et ne divulguera pas mes renseignements personnels sur la santé (ou des renseignements personnels sur la santé de la personne au nom de qui j'agis comme un mandataire spécial) sans mon consentement **conformément à la politique de Protection de la vie privée de MRI**, sauf si une collecte particulière, l'utilisation ou la divulgation est autorisée ou exigée par la loi.
- Je comprends que lorsque l'approche des maillons santé est utilisée et qu'un plan de soins coordonné est élaboré, il sera partagé avec les partenaires en soins de santé par l'entremise des systèmes régionaux et provinciaux.
- Je peux retirer mon consentement en tout temps en faisant parvenir mon retrait écrit. Je comprends que le retrait de mon consentement peut signifier que MRI est incapable de me fournir le service.

J'autorise par la présente MRI à recueillir, utiliser et à divulguer mes renseignements personnels sur la santé (ou des renseignements personnels sur la santé de la personne au nom de qui j'agis comme un mandataire spécial) aux fins mentionnées ci-haut.

De plus, je donne également la permission à MRI de recueillir et de partager mes renseignements personnels sur la santé avec les personnes et organisations suivantes qui ne sont pas des fournisseurs de soins de santé:

Organisation / Personne à contacter	Lien (personnel ou communautaire)	Restrictions sur le consentement (O ou N, précisez ci-dessous)
Jack White	Power of attorney	Pass over the phone.

Restrictions sur le consentement :

Nom du client /
de la cliente:

Deirdre Moore

Date de naissance :

09-28-1965

Adresse :

N/A

Tél. maison :

cell (613) 848-6832

Tél. travail :

N/A

Signature :

Deirdre Moore

Date :

28-Jan-24

Témoins :

Melany Bossel

Date :

28/01/24

Fonction :

Counselor

(J'ai examiné les renseignements susmentionnés avec le client / la cliente.)

En demandant des services de Montfort Renaissance, vous consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels sur la santé parmi vos fournisseurs de soins de santé et le consentement est considéré comme implicite. Il pourrait s'agir notamment :

- d'autres partenaires de la santé qui aident à fournir des soins de santé;
- de partage avec les partenaires des soins de santé par le biais des systèmes régionaux et provinciaux.

Ce consentement est **valide pendant que vous recevez des services de MRI**. Si, à tout moment, vous souhaitez modifier vos contacts, retirer votre consentement ou ajouter ou supprimer des restrictions à ce consentement, veuillez contacter notre bureau de la protection de la vie privée. Votre signature indique que vous avez lu et compris l'information présentée dans ce document.

Nom du client /
de la cliente:

Deirdre Moore

Nom du mandataire spécial ou délégué de pouvoir (si le client / la cliente est incapable) :

Signature du client / de la cliente ou du mandataire spécial / délégué de
pouvoir :

Deirdre Moore

Date : 28/01/24

Signature du fournisseur de soins de santé :

[Signature]

Date : 28/01/24