HOME AND COMMUNITY CARE SUPPORT SERVICES
Champlain

Long-Term Care Home Crisis Choice List/ Choix des foyers de soins de longue durée en cas de Crise

Client Name/ Nom du Client : _____
(Last Name, First Name/ Nom, prénom) **Health Card No./ NCS** **Version Code / Code de Version**

I consent that Home and Community Care Support Services, as the designated placement coordinator, can disclose my personal health information to the long-term care homes of my choice. *I acknowledge that I have been counselled around crisis placement and that these are my additional choices beyond my initial selection*. I understand that Home and Community Care Support Services will update and share this information with other Home and Community Care Support Services if my chosen homes fall outside of Champlain. I understand that I may withdraw my consent for these choices at any time.	Je consens à ce que Services de soutien à domicile et en milieu communautaire, en tant que coordonnateur désigné du placement, divulgue mes renseignements personnels sur la santé aux foyers de soins de longue durée que j'ai choisie. Je reconnais qu'on m'a expliqué les raisons pour lesquelles ces renseignements sont requis par rapport à mon besoin de placement de crise et que je les comprends. Voici ma liste de choix additionnels. Je comprends aussi que Services de soutien à domicile et en milieu communautaire mettra à jour cette information et la communiquera à d'autres Services de soutien à domicile et en milieu communautaire si les foyers que j'ai choisies sont à l'extérieur de Champlain. Je comprends que je peux retirer mon consentement pour ces choix en tout temps.

Please print/ Imprimez svp

Rank	Long-Term Care Home Choices (anywhere in Ontario)/ Choix des foyers de soins de longue durée (partout en Ontario)	Choose (✓) Accommodation Choix (✓) d'accommodation(s)		
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P
		☐B	☐SP	☐P

Signature : _____ **Date :** _____
(Client/ Substitute Decision Maker/ Client capable ou mandataire spécial) (DD/MM/ YY) (JJ/MM/AA)

Ontario