

## Personnel

Toutes les questions marquées d'un astérisque (\*) sont des champs obligatoires.

\* Première visite à la banque alimentaire : Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ jour: \_\_\_\_\_

\*Nom de famille : \_\_\_\_\_ \*Prénom : \_\_\_\_\_

\*Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA) Estimation ?  Oui  Non

\*Genre :

Homme  Femme  Transgenre  Autre  n'a pas demandé  ne sait pas

\*Consentement : (Voir dernière page pour la copie papier)

Dactylographié  Copie papier  Signe sur l'écran  Verbal

\* État civil :

Célibataire  Veuve  Marié(e)  Ne sait pas  Droit commun  Divorcé  Séparés  
 Préfère ne pas répondre  n'a pas demandé

\*Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse (2) : \_\_\_\_\_

\*Ville : \_\_\_\_\_ \*Province : \_\_\_\_\_ \*code postal : \_\_\_\_\_

Sans adresse fixe  Préfère ne pas répondre

\* Type de logement : (Choisir un)

Propriété de la bande  Abri d'urgence  Dans la rue  Autre  Maison individuelle  
 Location privée  Logement social  Chez la famille/les amis  Foyer de groupe/abri pour jeunes  
 Maison de chambres  Préfère ne pas répondre  Ne sait pas  n'a pas demandé

Email : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Type d'identification : \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) : (Sélectionnez toutes les réponses applicables)

- Anglais     Français     Hindi/Urdu     Arabe     Espagnol     Tagalog     Vietnamien  
 Russie     Mandarin     Autre : \_\_\_\_\_

Référé par : \_\_\_\_\_

\* Ethnicité : (Sélectionnez toutes les réponses applicables)

- Indigène     Blanc     Latino-Américain     Arabe     Japonais     Asie du Sud     Chinois  
 Asiatique du Sud-Est     Noir     Asiatique occidentale     Philippin     Coréen  
 Ne sait pas     N'a pas demandé     Préfère ne pas répondre     Autre

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Personnel**

\* Handicap :

- Oui     Non     Ne sait pas     N'a pas demandé     Préfère ne pas répondre

\* Au Canada depuis 10 ans ou moins :

- Oui     Non     Ne sait pas     N'a pas demandé     Préfère ne pas répondre

**Profil**

\* Niveau d'études le plus élevé atteint : (Sélectionnez une réponse)

- 0-8 ans     9e-11e année     12e année     CAO     Études postsecondaires (certaines)

- École de commerce / Accréditation professionnelle     Diplôme universitaire     Diplôme universitaire

- Maîtrise     Doctorat     N'a pas demandé     Préfère ne pas répondre     Ne sait pas

**Revenu mensuel**

\* Principale source de revenus (client principal) : (Sélectionnez tout ce qui s'applique)

- Prestations canadiennes pour enfants
- RPC
- Prestations d'invalidité
- Revenu d'assurance-emploi
- Aucun revenu
- Emploi à temps partiel
- Aide sociale
- Prêt étudiant
- Non déclaré
- Autre Précisez : \_\_\_\_\_

Montant mensuel : \_\_\_\_\_

Revenus supplémentaires : (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Prestations canadiennes pour enfants     RPC     Prestations d'invalidité     Revenu d'assurance-emploi  
 Emploi à temps partiel     Aide sociale     Prêt étudiant     Autre Précisez : \_\_\_\_\_

Dépenses mensuelles du ménage : \_\_\_\_\_

**Considérations diététiques (Sélectionnez tout ce qui s'applique)**

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabétique              | <input type="checkbox"/> Allergie à l'arachide      | <input type="checkbox"/> Allergie aux sulfates       |
| <input type="checkbox"/> Allergie aux œufs       | <input type="checkbox"/> Allergie au porc           | <input type="checkbox"/> Allergie aux sulfites       |
| <input type="checkbox"/> Allergie aux fruits     | <input type="checkbox"/> Allergie à la volaille     | <input type="checkbox"/> Allergie aux fruits à coque |
| <input type="checkbox"/> Allergie au gluten      | <input type="checkbox"/> Allergie aux fruits de mer | <input type="checkbox"/> Végétalien                  |
| <input type="checkbox"/> Allergie au lait        | <input type="checkbox"/> Allergie au sésame         | <input type="checkbox"/> Végétarien                  |
| <input type="checkbox"/> Allergie au MSG         | <input type="checkbox"/> Allergie au soja           | <input type="checkbox"/> Allergie au blé             |
| <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre | <input type="checkbox"/> N'a pas demandé            | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____      |
|  |   | <input type="checkbox"/> Ne sait pas                 |

### Household Members

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ (DD/MM/YYYY) Estimé ?    Oui Non

Sexe :

- Femme     homme     transgenre     autre     n'a pas demandé     préfère ne pas répondre  
 ne sait pas

Lien de parenté :

- Conjoint(e)     enfant     parent     frère ou sœur     petit(e) enfant     grand(e) parent     autre  
 parent  
 Petit(e) ami(e)     concubin(e)     ami(e)     colocataire     non identifié(e)     autre

Origine ethnique :

- Indigène    blanc    asiatique du sud    chinois    noir    filipino    latino-américain    arabe  
 asiatique du sud-est    coréen    japonais    autre    n'a pas demandé    préfère ne pas répondre  
 ne sait pas

Handicap :

- Oui     non     n'a pas demandé     préfère ne pas répondre     ne sait pas

Au Canada depuis 10 ans ou moins :

- Oui     non     n'a pas demandé     préfère ne pas répondre     ne sait pas

### Household Members

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_(DD/MM/YYYY) Estimé ? Oui Non

Sexe :

Femme homme transgenre autre n'a pas demandé préfère ne pas répondre ne sait pas

Lien de parenté :

Conjoint(e) enfant parent frère ou sœur petit(e) enfant grand(e) parent autre parent  
Petit(e) ami(e) concubin(e) ami(e) colocataire non identifié(e) autre

Origine ethnique :

Indigène blanc asiatique du sud chinois noir filipino latino-américain arabe  
asiatique du sud-est coréen japonais autre n'a pas demandé préfère ne pas répondre  
ne sait pas

Handicap :

Oui non n'a pas demandé préfère ne pas répondre ne sait pas

Au Canada depuis 10 ans ou moins :

Oui non n'a pas demandé préfère ne pas répondre ne sait pas

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_(DD/MM/YYYY) Estimé ? Oui Non

Sexe :

Femme homme transgenre autre n'a pas demandé préfère ne pas répondre ne sait pas

Lien de parenté :

Conjoint(e) enfant parent frère ou sœur petit(e) enfant grand(e) parent autre parent  
Petit(e) ami(e) concubin(e) ami(e) colocataire non identifié(e) autre

Origine ethnique :

Indigène blanc asiatique du sud chinois noir filipino latino-américain arabe  
asiatique du sud-est coréen japonais autre n'a pas demandé préfère ne pas répondre  
ne sait pas

Handicap :

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Oui    non    n'a pas demandé    préfère ne pas répondre    ne sait pas

Au Canada depuis 10 ans ou moins :

Oui    non    n'a pas demandé    préfère ne pas répondre    ne sait pas

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Banques alimentaires Canada est la seule organisation caritative nationale qui se consacre à aider les Canadiens qui souffrent de la faim. Nous disposons d'un réseau de banques alimentaires affiliées et de partenaires dans tout le Canada, qui comprend des associations provinciales et plus de 650 banques alimentaires.

Banques alimentaires Canada s'engage à protéger la vie privée et les renseignements personnels de son réseau, de ses donateurs, de ses employés, de ses bénéficiaires et d'autres intervenants. Banques alimentaires Canada accorde une grande importance à la confiance de ses partenaires et du public, et reconnaît que le maintien de cette confiance exige que nous soyons transparents et responsables dans la façon dont nous traitons les renseignements personnels que vous pouvez choisir de partager avec nous.

Votre banque alimentaire locale recueille et utilise vos informations personnelles pour gérer les programmes, évaluer votre éligibilité au soutien, comprendre les besoins des personnes qu'elle sert et améliorer les services. Ces renseignements personnels peuvent être partagés avec d'autres organismes, y compris Banques alimentaires Canada et Link2Feed, afin de fournir un soutien plus complet, de mener des recherches, d'éliminer le dédoublement des efforts ou de respecter les engagements pris envers ceux qui financent les programmes. Banques alimentaires Canada et votre banque alimentaire locale respectent des normes strictes de confidentialité lorsqu'ils recueillent, utilisent, partagent ou divulguent vos renseignements personnels. Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de la confidentialité de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec votre banque alimentaire locale ou avec Banques alimentaires Canada.

Sachez que :

- Vous avez le droit de recevoir une copie des renseignements vous concernant qui sont stockés dans le Système de gestion des clients de votre banque alimentaire locale et/ou dans le logiciel d'accueil des clients Link2Feed de Banques alimentaires Canada.
- Vous avez le droit de corriger les erreurs dans les renseignements vous concernant.
- Vos renseignements peuvent être transférés à des serveurs situés dans d'autres provinces et à l'extérieur du Canada.

Nos ressources et notre capacité à servir votre communauté dépendent en partie des renseignements fournis par nos clients.

J'ai lu et compris l'information ci-dessus et, en signant ce document, j'accepte que ma banque alimentaire locale recueille, utilise et divulgue mes renseignements personnels aux fins mentionnées ci-dessus. J'accepte également que mes renseignements personnels soient saisis dans le logiciel d'admission des clients Link2Feed de Banques alimentaires Canada et qu'ils soient saisis dans le SGC de ma banque alimentaire locale.

En présentant une demande d'aide à ma banque alimentaire locale au nom de mon ménage et en communiquant des renseignements sur les membres de ma famille, je confirme que je communique ces renseignements au su et avec la permission de tous les membres du ménage âgés de 18 ans et plus (AB, SK, MB, ON, PE, QC) ou âgés de 19 ans et plus (BC, NT, NU, YT, NB, NL, NS).

---

Nom du client (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

Si vous avez des questions, des préoccupations ou une plainte concernant la manière dont un membre du personnel, un stagiaire ou un bénévole traite vos informations personnelles, et que vous ne pouvez pas résoudre vos questions ou préoccupations avec cette personne directement, veuillez écrire ou envoyer un courriel à votre banque alimentaire locale.

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_