

Social Development

Self-reliance, an improved quality of life,
and protection for those who need it.



Développement social

L'autonomie, une meilleure qualité de vie
et une protection pour ceux qui en ont besoin.

AUTHORIZATION TO RELEASE CONFIDENTIAL INFORMATION

(Pursuant to the *Right to Information and Protection of Privacy Act*, Section 11 under the *Family Services Act* and Section 13.1 of the *Family Income Security Act*)

Name of Client: _____

Date of Birth: _____

I, _____, hereby authorize the Minister of Social Development, his or her employees or officials to disclose to _____ and/or _____ any or all personal information of whatever nature or kind acquired by the Minister, his or her employees or officials pertaining to my status as an applicant, client or former client with the Department of Social Development of the Province of New Brunswick.

I understand that any disclosure of this information shall be done within six months from signing of this Consent in any manner or form as the Minister of Social Development may deem appropriate, for the purpose of allowing _____ to assist me in my dealings with the Department of Social Development.

I understand that, prior to the six month expiry of this agreement, I may revoke this authorization at any time of my choosing.

Applicant, client or former client/
Requérant, bénéficiaire ou ex-bénéficiaire : _____

Witness/Témoin: _____

Dated this/ of/ in the year/
Fait ce _____ de _____ en l'an 20 _____
Day/Jour Month/Mois Year/Année

DEMANDE DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

(en vertu de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*, de l'article 11 de la *Loi sur les Services à la famille* et de l'article 13.1 de la *Loi sur la sécurité du revenu familial*)

Nom de bénéficiaire : _____

Date de naissance : _____

Je soussigné(e) _____, autorise, par les présentes, le ministère du Développement social et ses employés ou représentants à divulguer à _____ et/ou _____ tout renseignement personnel ou de toute autre nature qu'ils ont obtenu relativement à ma situation en tant que requérant, bénéficiaire ou ex-bénéficiaire des programmes du ministère du Développement social de la province du Nouveau-Brunswick.

Il est entendu que ces renseignements seront divulgués à l'intérieur de six mois de la signature du présent consentement, suivant la méthode ou les modalités que le ministre du Développement social jugera appropriées, afin de permettre à _____ de m'aider à régler mes affaires avec le ministère du Développement social.

Il est entendu que j'ai le droit de révoquer cette autorisation en temps avant la date d'expiration de six mois