



AUTHORIZATION TO RELEASE CONFIDENTIAL INFORMATION

DEMANDE DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

To New Brunswick Medicare:

À l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick :

Name of Client: \_\_\_\_\_

Nom de client : \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

NB Medicare Number: \_\_\_\_\_

N° d'Assurance-maladie du N.-B. : \_\_\_\_\_

I, the undersigned, hereby authorize New Brunswick Medicare to release my personal information to \_\_\_\_\_ (name of individual/organization), in accordance with the terms and conditions of the New Brunswick Personal Health Information Privacy and Access Act.

Je soussigné(e), autorise par la présente l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick à divulguer les renseignements personnels me concernant à \_\_\_\_\_ (nom de la personne ou de l'organisation), conformément aux conditions définies dans la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé du Nouveau-Brunswick.

Under this act, the information being released can only be used for the purpose identified. I fully understand the nature of the request, and the purpose for the release of my personal information is as follows:

En vertu de cette loi, les renseignements divulgués ne peuvent être utilisés qu'aux fins indiquées. Je comprends pleinement la nature de la demande, et le but de la divulgation de mes renseignements personnels est le suivant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dated this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, in the City/Town/Village of \_\_\_\_\_, Province/State of \_\_\_\_\_.

A daté ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, dans la cité/ville/village de \_\_\_\_\_, Province/État de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du client