

Demande de service de collecte à la porte

Le service de collecte à la porte est offert aux résidences dans lesquelles personne n'est suffisamment en santé pour sortir le recyclage, les déchets ménagers ou les déchets de jardin.

Notre personnel de ramassage va chercher les chariots de recyclage et de déchets à la résidence, les vide et les remet en place. Il ramasse également les déchets de jardin mis dans des sacs à déchets de jardin en papier. Les déchets de jardin mis dans d'autres contenants ne sont pas ramassés.

Aucuns frais ne s'appliquent à ce service. Si vous avez besoin de ce service, veuillez remplir et soumettre le présent formulaire de demande.

| Partie 1 – Coordonnées et adresse de service |
|---|
| Nom |
| Adresse |
| |
| Code postal Numéro de téléphone |
| Adresse courriel |
| Partie 2 – Type de demande (veuillez cocher une seule case) |
| Demande initiale Renouvellement annuel |
| Partie 3 – Type de service de collecte à la porte requis (cochez seulement les services dont vous avez besoin) |
| Chariot de recyclage Chariot de déchets Sacs à déchets de jardin en papier |
| Partie 4 – Endroit désigné pour le service à la porte |
| Je vais mettre mes chariots de recyclage et de déchets et mes sacs à déchets de jardin en papier : |
| Près de la porte de derrière Près de la porte de devant |
| Autre (veuillez préciser) |
| Partie 5 - Durée |
| Temporaire date de début date de fin |
| Permanent/long terme (le service doit être renouvelé tous les ans) |
| Partie 6 – Appui d'un professionnel de la santé compétent (À faire remplir par un professionnel de la santé. Nécessaire pour la demande initiale seulement.) |
| Je confirme que le demandeur est incapable de mettre ses chariots/déchets de jardin au point de collecte normal pour des raisons médicales. |
| Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie) |
| Rôle du professionnel de la santé (p. ex. médecin de famille, ergothérapeute, physiothérapeute) |
| Adresse du professionnel de la santé |



| Numéro de téléphone du professionnel de la santé | | |
|---|-------------------|--|
| | | |
| Signature du professionnel de la santé | | |
| Partie 7 – Entente relative au service à la porte | | |
| J'atteste que : | | |
| • mon état de santé est tel que je ne suis pas en mesure de sortir mes chariots ou mes sacs à déchets de jardin la ruelle; | dans la rue ou | |
| • il n'y a personne chez moi qui puisse sortir les chariots ou les sacs à déchets de jardin dans la rue ou la ruelle | à ma place. | |
| Je comprends ce qui suit : | | |
| • Ce service n'inclut pas la collecte des objets encombrants (p. ex. meubles ou appareils). | | |
| • Le numéro de ma propriété doit être bien visible depuis la rue avant et la ruelle (le cas échéant). | | |
| • Mes chariots/sacs à déchets de jardin doivent être bien visibles et facilement accessibles le jour désigné de la collecte et se trouver à 15 mètres (50 pieds) au maximum du point de collecte normal. | | |
| Je dois demander le service permanent tous les ans. | | |
| • Un professionnel de la santé (p. ex. médecin de famille, ergothérapeute, physiothérapeute) doit appuyer et signer ma demande initiale. Toutefois, cette exigence ne s'applique pas aux renouvellements annuels. | | |
| • Je ne dois pas joindre d'attestations médicales à ma demande. | | |
| • J'aurai peut-être à fournir un appui médical supplémentaire si le directeur juge que cela est raisonnablemen | it nécessaire. | |
| • Je dois avertir la Ville immédiatement si je n'ai plus besoin du service à la porte, en cas de changement des renseignements | | |
| contenus dans le présent formulaire, y compris mon adresse, ou en cas de changement de mes besoins en mat | ière de services. | |
| | | |
| Signature du demandeur Date | | |
| Veuillez nous faire parvenir le présent formulaire de l'une des façons suivantes : | | |
| Par la poste à la Division des déchets solides, 1120, rue Waverley, Winnipeg (Manitoba) R3T 0P4 | | |
| Par courriel à WWD-SolidWaste-Clerks@winnipeg.ca | | |
| Par télécopieur au 204-774-6729 | | |
| Renseignements supplémentaires | | |
| Appelez le 311. | | |
| Visitez winnipeg.ca/service311. | | |
| Réservé à l'administration | | |
| Le superviseur des services de collecte a reçu l'appui d'un professionnel de la santé compétent | | |
| Oui Non | | |
| | | |
| | | |
| Signature du superviseur Date | | |

Vos renseignements personnels sont recueillis au titre de l'alinéa 36(1)b) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP) et de l'article 13 de la Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP). Ces renseignements serviront à la prestation des services de collecte des déchets à la porte, et ne seront ni utilisés ni divulgués pour d'autres raisons, sauf dans les cas où cela est autorisé par la loi. Si vous avez des questions sur la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec l'agent de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée en écrivant au Bureau du greffier, immeuble Susan-A.-Thompson, 510, rue Main, Winnipeg (Manitoba) R3B 1B9, ou en appelant le 311.