



Personal Alert Solutions

RED DOT ALERTS
920 Belfast Road, Unit 101
Ottawa, ON K1G 0Z6
Phone: 613-244-7400 or 1-888-557-2019
Fax: 613-244-7401
Email: info@reddotalerts.ca Website: www.reddotalerts.ca.

At-Home / À domicile
Memory Care / Soins de la mémoire
On-the-Go / Mobile
Fall Detection / Détecteur de chute
Yes/Oui No/Non

SUBSCRIBER INFORMATION / INFORMATION DE L'ABONNÉ

Title/Titre:	Preferred Language/Langue Préférée: English/Anglais Français/French	
Name/Nom:	Date of Birth/Date de Naissance:	
Address/Adresse:	Landline Telephone Provider: (At-Home only) Téléphone ordinaire: (À domicile seulement)	
Apt #/N° d'Apt:	Ring #/N° de Sonnette:	
Intersection/Rue perpendiculaire:		
Ville:	Province:	Postal Code/Code Postal:
Tel #/N° de Tel:		Other #/Autre N°:
Email/Courriel:		
Home Alarm System/Alarme a Maison:	Yes/Oui	No/Non
Do you have a key lockbox/une clé d'accès d'urgence:	Yes/Oui	No/Non
Lockbox code: _____		
Do you live alone/Vis tu seul?	Yes/Oui	No/Non
Do you Require a Subsidy/Avez-vous besoin d'une subvention?	Yes/Oui	No/Non
Copy of recent Notice of Assessment Required/ copie de l'avis de cotisation requise.		
Do you identify as an Indigenous Person?	Yes/Oui	No/Non No Selection / Pas de réponse

INSTALLATION INFORMATION / INFORMATION POUR L'INSTALLATION

With whom shall we schedule the installation/Avec qui devons-nous prévoir l'installation?

Name/nom:	Tel #/N° de Tel:
Relation/Lien	Note/Remarque:

MEDICAL INFORMATION / INFORMATION MÉDICALE

Allergies:
Location of Medication/Emplacement des médicaments:
Medical Information for Responders/Autres renseignements médicaux:
Special Requirements/Besoins particuliers:

REFERRAL INFORMATION / INFORMATION DE RÉFÉRENCE

- Bruyère Client/Client Bruyère:	- Medical Office/Médecin ou Clinique:
- Other Hospital/Autre Hôpital:	- Family & Friends/Famille ou Amis:
- Print Ads/Annonces imprimées:	- Bruyère client/Self/Moi-Même:
- CCAC:	- ODSP/POSPH:
- Support Worker/Travailleur de Soutien:	- Veterans Affairs/Anciens Combattants:
- Other/Autre _____	

RESPONDER INFORMATION / INFORMATION DU REpondant

1.Name/Nom:		2.Name/Nom:	
Home#/N° Domicile:		Home#/N° Domicile:	
Cell #/N° Cellule: Network/Réseau:		Cell #/N° Cellule: Network/Réseau:	
Work #/N° Travail:		Work #/N° Travail:	
Email/Courriel:		Email/Courriel:	
Relation/Lien:		Relation/Lien:	
Alert Preference/Préférence d'alertes: E-mail/Courriel Yes/Oui No/Non Text/Texte: Yes/Oui No/Non Portal Access/Accès au Portail:Yes/Oui No/Non		Alert Preference/Préférence d'alertes: E-mail/Courriel Yes/Oui No/Non Text/Texte: Yes/Oui No/Non Portal Access/Accès au Portail:Yes/Oui No/Non	

For On-the-Go +
Memory Care /
Pour mobile et
Soins de la mémoire

For On-the-Go +
Memory Care /
Pour mobile et
Soins de la mémoire

TOUS LES RÉPONDANTS DOIVENT AVOIR LA CLÉ DE VOTRE RÉSIDENCE / ALL RESPONDERS MUST HAVE A KEY TO YOUR LOCATION

3.Name/Nom:		4.Name/Nom:	
Home#/N° Domicile:		Home#/N° Domicile:	
Cell #/N° Cellule: Network/Réseau:		Cell #/N° Cellule: Network/Réseau:	
Work #/N° Travail:		Work #/N° Travail:	
Email/Courriel:		Email/Courriel:	
Relation/Lien:		Relation/Lien:	
Alert Preference/Préférence d'alertes: E-mail/Courriel Yes/Oui No/Non Text/Texte: Yes/Oui No/Non Portal Access/Accès au Portail:Yes/Oui No/Non		Alert Preference/Préférence d'alertes: E-mail/Courriel Yes/Oui No/Non Text/Texte: Yes/Oui No/Non Portal Access/Accès au Portail:Yes/Oui No/Non	

For On-the-Go +
Memory Care /
Pour mobile et
Soins de la mémoire

For On-the-Go +
Memory Care /
Pour mobile et
Soins de la mémoire

ADDITIONAL CONTACT INFORMATION

#/N° Building Superintendent/Concierge d'immeuble:
#/N° Building Emergency Service/l'edifice en cas d'urgence:

AUTHORIZATION / AUTORISATION

Yes, I wish to receive periodic information from Red Dot Alerts. Oui, J'aimerais recevoir de l'information périodiquement de Red Dot Alerts.	Yes/Oui	No/Non
I agree to the provided Terms of Service and will provide pre-authorized payment for my payment portion. J'accepte les conditions d'utilisation fournies et fournirai un paiement préautorisé pour ma portion de paiement.		
Client or Guarantor Name/Nom du Client ou Garant:		
Signature:		
Date:		

If you have additional information to supplement what is provided on this field – please submit separately with your recent Notice of Assessment. Si vous avez des informations supplémentaires pour compléter ce qui est fourni dans ce champ – veuillez soumettre séparément avec votre dernier avis de cotisation.