



Personal Alert Solutions

RED DOT ALERTS
920 Belfast Road, Unit 101
Ottawa, ON K1G 0Z6

Téléphone/Phone: 613-244-7400 or 1-888-557-2019

Fax: 613-244-7401

Courriel/Email: info@reddotalerts.ca Site web/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

Form fields for subscriber information including Title, Name, Address, Date of Birth, and various service options like Home Alarm System and Lockbox.

Section for assessment requirements, including a copy of recent notice and identification as an Indigenous Person.

INSTALLATION INFORMATION / INFORMATION POUR L'INSTALLATION

Form fields for installation information, including scheduling with whom and contact details.

MEDICAL INFORMATION / INFORMATION MÉDICALE

Form fields for medical information, including allergies, medication location, and special requirements.

REFERRAL INFORMATION / INFORMATION DE RÉFÉRENCE

Form fields for referral information, listing various support and medical contacts.

RESPONDER INFORMATION / INFORMATION DU REpondANT

1.Name/Nom:	2.Name/Nom:
Home#/N° Domicile:	Home#/N° Domicile:
Cell #/N°Cell: Network/Réseau:	Cell #/N°Cell: 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: 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: Yes/Oui No/Non Portal Access/accès au Portail:Yes/Oui No/Non

**ALL RESPONDERS MUST HAVE A KEY TO YOUR LOCATION
TOUS LES RÉPONDANTS DOIVENT AVOIR UNE CLÉ POUR VOTRE RÉSIDENCE**

3.Name/Nom:	4.Name/Nom:
Home#/N° Domicile:	Home#/N° Domicile:
Cell #/N°Cell: Network/Réseau:	Cell #/N°Cell: 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: 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: Yes/Oui No/Non Portal Access/accès au Portail:Yes/Oui No/Non

ADDITIONAL CONTACT INFORMATION / INFORMATIONS DE CONTACT SUPPLÉMENTAIRES

#/N° Building Superintendent/Surveillant d'immeuble:

#/N° Building Emergency Service/N° Service d'urgence du bâtiment:

AUTHORIZATION / AUTORISATION

Yes, I wish to receive periodic information from Red Dot Alerts. Yes/Oui No/Non
 Oui, J'aimerais recevoir de l'information périodiquement de Red Dot Alerts.

I agree to the provided Terms of Service and will provide pre-authorized payment for my payment portion.
 J'accepte les conditions de service offertes et fournirai un paiement préautorisé pour ma part du 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.