



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.

Copy of recent Notice of Assessment Required/ copie de l'avis de cotisation requise.

Form fields for assessment notice including identification as an Indigenous Person.

INSTALLATION INFORMATION / INFORMATION POUR L'INSTALLATION

Form fields for installation information including scheduling 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 including Bruyère Client, Other Hospital, Advertisements, LHIN, Support Worker, and Other.

CONTACT INFORMATION (FAMILY & FRIENDS)/INFORMATIONS DE CONTACTS (FAMILLE ET AMIS)

1.Name/Nom:	2.Name/Nom:
Home#/N° Domicile:	Home#/N° Domicile:
Cell #/N°Cell:	Cell #/N°Cell:
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:	Cell #/N°Cell:
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.