

DEMANDE DE FINANCEMENT

Le demandeur doit remplir ce formulaire. Après avoir examiné la demande dûment remplie, le comité des relations avec les patients de l'Ordre déterminera si les critères d'admissibilité énoncés dans la législation ont été respectés et, le cas échéant, le montant de l'aide financière qui sera accordée.

Vous n'avez pas besoin d'avoir un thérapeute ou un conseiller pour demander un financement. Cependant, vous aurez besoin d'avoir un thérapeute ou un conseiller pour accéder à tout financement qui vous sera accordé. Le thérapeute ou le conseiller que vous avez choisi devra remplir le **formulaire B**.

Coordonnées du demandeur

PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

Moyen de communication préféré :

TÉLÉPHONE

COURRIEL

COURRIER

Je soussigné(e), _____, ai été victime de mauvais
nom du demandeur
 traitements d'ordre sexuel de la part du D^r/de la D^{re} _____
nom du dentiste
 lorsque j'étais son patient ou sa patiente.

Ces mauvais traitements ont duré du _____ au _____.
date approximative date approximative

J'ai été patient(e) de ce/cette dentiste du _____ au _____.
date approximative date approximative

Je demande un financement pour une thérapie ou du conseil à la suite de ce mauvais traitement.

Autres sources de financement (p. ex., une assurance maladie privée) :

_____ (nom du fournisseur) _____ (montant)

Veillez cocher les cases correspondant à votre situation :

	Oui	Non	Peut-être
J'ai choisi un thérapeute ou un conseiller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà commencé ma thérapie ou mon conseil et payé les honoraires de ma poche, et j'ai l'intention de demander à l'Ordre un remboursement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En signant le présent document, je consens à ce qui suit :

1. Je comprends que le comité des relations avec les patients décidera si je réponds aux critères d'admissibilité fixés par la législation pour ce financement.
2. Je comprends que, si le comité décide que j'ai droit à une aide financière, cela ne signifie pas pour autant que le dentiste susmentionné est reconnu coupable ni que l'affaire est prise en compte par un autre comité de l'Ordre.
3. Je comprends que, si j'ai droit à une aide financière, le comité décidera du montant qui me sera accordé et que je disposerai de cinq ans pour en faire usage. Cette période commencera à la date à laquelle le comité déterminera que je peux bénéficier d'une aide financière ou, si je demande le remboursement de paiement d'honoraires antérieurs, à la date à laquelle j'ai reçu ma première séance de thérapie ou de conseil liée aux mauvais traitements d'ordre sexuel que j'ai subis, la première des deux dates étant retenue.
4. Je comprends que mon thérapeute ou mon conseiller doit répondre aux normes juridiques suivantes :
 - A. Nous n'avons aucun lien de parenté et aucun conflit d'intérêts potentiel. Je comprends et j'accepte que le terme « lien de parenté » englobe les relations par alliance.
 - B. Le thérapeute ou le conseiller ne peut, à aucun moment ni dans aucun territoire, avoir été reconnu coupable d'une faute professionnelle de nature sexuelle, ou avoir été reconnu responsable, pénalement ou civilement, d'un acte de nature sexuelle.
5. Je comprends que si je choisis un thérapeute ou un conseiller qui n'est pas un professionnel de la santé réglementé, il n'est pas soumis à la surveillance professionnelle de l'Ordre ou de tout autre organisme de réglementation.
6. Il est entendu :
 - que le financement est réservé à la thérapie ou au conseil;
 - que l'Ordre rembourse directement les honoraires au thérapeute ou au conseiller;
 - que l'Ordre n'effectue aucun paiement en cas de retard ou d'absence.
7. Je comprends que je dois d'abord recourir à d'autres sources de financement pour la thérapie ou le conseil (l'Assurance-santé de l'Ontario, ma police d'assurance maladie privée, etc.) et que je ne peux pas percevoir deux paiements pour le même service. Je consens à ce que l'Ordre communique avec mon thérapeute, mon conseiller ou mes fournisseurs privés d'assurance maladie pour savoir à quel montant d'aide financière j'ai droit.
8. Je comprends que je dois remplir le **formulaire C** si je souhaite demander le remboursement des honoraires de thérapie ou de conseil que j'ai payés de ma poche.
9. Je m'engage à garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre de la procédure de demande de financement et à m'abstenir de les utiliser à d'autres fins.

Signature du demandeur

Date

Comment soumettre les formulaires

Écrivez-nous à
patientrelations@rcdso.org

OU

Après avoir **imprimé** le formulaire, envoyez-le au comité des relations avec les patients de l'**Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario**, au 6 Crescent Road, Toronto, ON M4W 1T1.