

# RENSEIGNEMENTS SUR LE THÉRAPEUTE OU LE CONSEILLER

Ce formulaire doit être rempli par le thérapeute ou le conseiller. Le comité des relations avec les patients suit les règles et les règlements promulgués par le gouvernement de l'Ontario qui aident l'Ordre à mettre en œuvre ce programme de financement. Ce formulaire doit être rempli une fois que le demandeur a choisi un thérapeute/conseiller et est nécessaire pour que le financement puisse être accordé.

## Renseignements sur le thérapeute ou le conseiller

NOM DU THÉRAPEUTE  
OU DU CONSEILLER :

NOM DU CABINET (le cas échéant) :

ADRESSE DU CABINET :

ADRESSE DE FACTURATION :  
(si elle diffère de l'adresse du cabinet) :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

TAUX HORAIRE :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, fournis ou me propose  
de fournir une thérapie ou du conseil à \_\_\_\_\_,  
dans le cadre du programme de financement de l'Ordre royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario.

nom du thérapeute ou du conseiller

nom du demandeur

## Veillez cocher les cases correspondant à votre situation :

- Je suis devenu membre de l'Ordre \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
Mon numéro d'enregistrement est le \_\_\_\_\_.
- Je ne suis plus membre de l'Ordre \_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_.
- Je n'ai jamais été membre d'une profession de la santé réglementée.

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

1. Je comprends que le comité des relations avec les patients décidera si le candidat est admissible à un financement et, le cas échéant, le montant qui sera accordé.
2. Je comprends que les candidats admissibles auront cinq ans pour utiliser le financement. Cette période commencera à la date à laquelle le comité déterminera que le demandeur peut bénéficier d'une aide financière ou, si ce dernier demande le remboursement de paiement d'honoraires antérieurs, à la date à laquelle il a reçu sa première séance de thérapie ou de conseil liée aux mauvais traitements d'ordre sexuel qu'il a subis, la première des deux dates étant retenue.
3. Je comprends que le financement doit être réservé à la thérapie ou au conseil, et que tous les paiements me seront versés directement et qu'il n'y aura pas de paiement si le client arrive en retard à son rendez-vous ou le manque.
4. Je comprends que le patient doit d'abord recourir aux autres sources de financement comme l'Assurance-santé de l'Ontario ou à sa police d'assurance-maladie privée et que l'Ordre ne paiera pas deux fois pour le même service.
5. À ma connaissance, le demandeur ne dispose d'aucune autre source de financement pour la thérapie ou le conseil. Dans le cas contraire, il dispose des sources de financement supplémentaires suivantes :

\_\_\_\_\_  
Nom du fournisseur

\_\_\_\_\_  
Montant disponible

6. Si à tout moment le demandeur dispose d'autres sources de financement, j'en informerai l'Ordre et, le cas échéant, je déduirai le montant financé par cette source de toute note d'honoraires ultérieure adressée à l'Ordre ou je cesserai de lui soumettre ces notes si l'autre source de financement couvre la totalité du montant.
7. Si le demandeur soumet une demande de remboursement pour des honoraires de thérapie antérieurs (**formulaire C**), j'accepte de rembourser directement le demandeur en échange des fonds reçus de l'Ordre.
8. Je comprends que je dois remplir le **formulaire D** chaque fois que je présente ma note d'honoraires à l'Ordre.
9. Je n'ai aucun lien de parenté avec le demandeur. Je comprends et j'accepte que le terme « lien de parenté » englobe les relations par alliance. Je n'ai connaissance d'aucun autre conflit d'intérêts, réel ou potentiel.
10. Je n'ai, à aucun moment ni dans aucun territoire, été reconnu coupable de faute professionnelle de nature sexuelle, ni n'ai été reconnu responsable, pénalement ou civilement, d'un acte de nature sexuelle.
11. Le cas échéant, j'ai expliqué au demandeur que je ne suis pas membre d'une profession de la santé réglementée et que je ne suis pas soumis à la surveillance professionnelle de l'Ordre ou de tout autre organisme de réglementation.
12. Je m'engage à garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre de la procédure de demande de financement et à m'abstenir d'utiliser ces données à d'autres fins.
13. Je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que je contacterai l'Ordre en cas de modification des informations figurant dans le présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
Signature du thérapeute ou du conseiller

\_\_\_\_\_  
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.