

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.

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.