

# 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<sup>r</sup>/de la D<sup>re</sup> \_\_\_\_\_  
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.

# DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES HONORAIRES POUR LES SÉANCES ANTÉRIEURES DE THÉRAPIE OU DE CONSEIL

Ce formulaire est rempli par le demandeur. L'Ordre peut rembourser au demandeur les honoraires de thérapie ou de conseil qu'il a personnellement payés si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- il a reçu la thérapie ou le conseil à tout moment après avoir subi des mauvais traitements d'ordre sexuel;
- les honoraires n'ont pas été pris en charge par un autre fournisseur;
- la note du thérapeute ou du conseiller comporte les dates des séances et les honoraires demandés à chaque séance;
- le thérapeute ou le conseiller accepte de rembourser le demandeur, moyennant des fonds qui lui seront versés directement.

## Coordonnées du demandeur

PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

COURRIEL :

Moyen de communication préféré :

TÉLÉPHONE

COURRIEL

COURRIER

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

\_\_\_\_\_ (nom du fournisseur) \_\_\_\_\_ (montant)

## 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 :

## Renseignements sur la thérapie ou le conseil

Dates des séances	Honoraires	Montant demandé (s'il diffère des honoraires)

TOTAL DEMANDÉ : \_\_\_\_\_ \$

### En signant ce document, je consens à ce qui suit :

- Je demande le remboursement des séances de thérapie ou de conseil que j'ai reçues après le mauvais traitement d'ordre sexuel présumé. Tous les frais liés à ces séances étaient destinés à ma thérapie/mon conseil.
- J'ai utilisé toutes les autres sources de financement à ma disposition avant de demander le remboursement de ces honoraires.
- J'ai payé de ma poche ces honoraires antérieurs qu'on ne m'a pas encore remboursés. Je comprends que je ne peux pas percevoir deux paiements pour le même service.
- Je fournis, ou mon thérapeute ou conseiller fournit, des reçus ou des notes d'honoraires pour les séances de thérapie ou de conseil dont je demande le remboursement.
- Je comprends que mon thérapeute ou mon conseiller doit accepter de me rembourser en échange de fonds que l'Ordre lui versera directement.
- Mon thérapeute ou mon conseiller répond aux normes juridiques suivantes :
  - 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.
  - Le thérapeute ou le conseiller n'a, à aucun moment ni dans aucun territoire, été reconnu coupable d'une faute professionnelle de nature sexuelle et n'a pas été reconnu pénalement ou civilement responsable d'un acte de nature sexuelle.
- 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.
- Je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont exacts et que je tiendrai l'Ordre au courant en cas de modification des informations figurant dans le présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
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.