L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO

Formulaire A – Demande de financement pour une thérapie ou des consultations

RENSEIGNEMENT SUR LA CANDIDATE OU LE CANDIDAT

NOM DE FAMILLE :	PRÉNOMS :	MLLE ○ M. ○ AUTRE :
ADRESSE POSTALE :		
VILLE :	PROVINCE:	CODE POSTAL :
N° DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL :	CELLULAIRE PERSONNEL OU PROFESSIONNEL :	
ADRESSE DE COURRIEL :		

J'ai actuellement un thérapeute ou un conseiller (si « OUI », veuillez également soumettre le **formulaire B**)	OUI ○	NON ○
Je demande du financement pour une thérapie ou des consultations que j'ai reçues dans le passé (si « OUI », veuillez soumettre le **formulaire C**)	OUI ○	NON ○
J'ai une couverture par un régime d'assurance gouvernementale ou privée pour la thérapie ou les consultations.	OUI ○	NON ○

EN SIGNANT CI-DESSOUS, JE RECONNAIS ET CONFIRME CE QUI SUIT :

1. Je fais une demande de financement pour une thérapie ou des consultations dans le cadre du programme établi par l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario (l'« Ordre ») pour les victimes de violence sexuelle commise par une hygiéniste dentaire autorisée.
2. Ma demande sera examinée et mon admissibilité au financement sera déterminée par le Comité des relations avec les patients de l'Ordre. Le Comité des relations avec les patients suit les règles et règlements énoncés dans la loi applicable.

3. Je comprends que tout financement fourni par l'Ordre sera versé directement au thérapeute ou au conseiller et ne pourra être utilisé qu'à des fins de thérapie, de consultation ou à d'autres fins approuvées par l'Ordre.
4. Je comprends que le montant du financement pour la thérapie ou les consultations est assujetti à une limite maximale établie dans la loi.
5. Je comprends que le financement de la thérapie ou des consultations peut être fourni pour un maximum de cinq ans à compter de la date à laquelle je deviens admissible. Si je demande du financement pour une thérapie ou des consultations antérieures, je peux demander du financement pour un maximum de cinq ans à compter de la date à laquelle j'ai reçu une thérapie ou des consultations pour la première fois.
6. Je comprends que si mon thérapeute ou conseiller n'est pas un professionnel réglementé, il n'est pas assujetti à la surveillance professionnelle ou à la discipline d'un organisme de réglementation professionnelle, et l'Ordre ne peut pas vérifier s'il a déjà été reconnu coupable d'agression sexuelle ou s'il a fait l'objet d'une procédure disciplinaire.
7. J'informerai l'Ordre de tout changement concernant mon thérapeute ou mon conseiller et de tout changement à ma couverture d'assurance pour la thérapie ou les consultations.

_____ _____

Signature de la candidate ou du candidat Date

Date de révision : mars 2022
Date publié : juin 2018