

Formulaire B – Renseignements sur le thérapeute ou le conseiller

RENSEIGNEMENTS SUR LE THÉRAPEUTE OU LE CONSEILLER

NOM DE FAMILLE :	PRÉNOMS :	D^R	MLLE	M.	AUTRE :
-------------------------	------------------	----------------------	-------------	-----------	----------------

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

VILLE :	PROVINCE :	CODE POSTAL :
----------------	-------------------	----------------------

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :	ADRESSE DE COURRIEL :
------------------------------	------------------------------

NOM DE LA CLIENTE OU DU CLIENT (CANDIDATE OU CANDIDAT POUR LE FINANCEMENT) :

Je suis un membre actuel ou ancien d'une profession réglementée
(p. ex. psychologue, travailleur social ou autre)

OUI NON

Si « oui », veuillez préciser :

PROFESSION :

DATES D'INSCRIPTION :

du :

au :

Vos services à la cliente ou au client sont-ils couverts, en tout ou en partie, par un programme d'assurance gouvernemental ou privé?

OUI NON

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

1. J'offrirai des services de thérapie et de consultation à la cliente ou au client qui a demandé ou obtenu du financement 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. Je n'ai pas de relation familiale ou personnelle avec la cliente ou le client. Je n'ai aucune autre relation avec la cliente ou le client qui constituerait un conflit d'intérêts potentiel.

FORMULAIRE B - RENSEIGNEMENTS SUR LE THÉRAPEUTE OU LE CONSEILLER

3. Je n'ai jamais été reconnu coupable de faute professionnelle de nature sexuelle, à aucun moment ou dans quelque juridiction que ce soit. Je n'ai jamais été déclaré criminellement ou civilement responsable d'un acte de nature sexuelle.
4. Je comprends que tout financement fourni par l'Ordre sera déterminé par le Comité des relations avec les patients conformément à la loi. Je comprends que le financement est assujéti à une limite maximale et à une durée maximale comme le prévoit la loi.
5. Je comprends que le montant du financement fourni par l'Ordre peut être rajusté pour tenir compte d'autres sources de financement et qu'il ne peut y avoir de paiement en double pour le même service.
6. Je comprends que les fonds fournis par l'Ordre ne peuvent être utilisés que pour des services de thérapie ou de consultation pour la cliente ou le client et à aucune autre fin. Je comprends que les fonds fournis par l'Ordre ne peuvent pas être appliqués aux frais pour des rendez-vous annulés ou manqués.
7. Je comprends que tous les fonds fournis par l'Ordre me seront versés directement; j'accepte de soumettre des factures à l'Ordre accompagnées du formulaire D pour recevoir le paiement.
8. Je m'engage à garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre du processus de demande de financement, y compris si un financement a été accordé et les raisons données par le Comité des relations avec les patients pour accorder ou refuser le financement, et à m'abstenir d'utiliser ces informations à des fins auxiliaires ou ultérieures.

Signature du thérapeute ou du conseiller

Date

Date de révision : mars 2022
Date publié : juin 2018