

COORDONNÉES DU PARTENAIRE PRINCIPAL OU DE LA PARTENAIRE PRINCIPALE

Prénom :		Nom de famille :	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	Pays :
Téléphone :		Courriel :	

COORDONNÉES DU CLIENT OU DE LA CLIENTE

Prénom :		Nom de famille :	
Adresse (si elle diffère de celle du demandeur ou de la demandeuse) :			
Ville :	Province :	Code postal :	Pays :
Téléphone :		Courriel :	

COORDONNÉES DU NOUVEAU OU DE LA NOUVELLE THÉRAPEUTE OU DU NOUVEAU CONSEILLER OU DE LA NOUVELLE CONSEILLÈRE

Prénom :		Nom de famille :	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	Pays :
Téléphone :		Courriel :	

Remarque : Selon le paragraphe 85.7 (7) du Code des professions de la santé de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*, le choix du thérapeute est soumis aux restrictions suivantes :

1. Le thérapeute ou le conseiller ne doit pas être une personne avec laquelle vous avez des liens de parenté.
2. Le thérapeute ou le conseiller ne doit pas être une personne qui a été déclarée, à quelque moment ou dans quelque ressort que ce soit, coupable d'une faute professionnelle d'ordre sexuel ou civilement ou criminellement responsable d'un acte de nature semblable.
3. Si le thérapeute ou le conseiller n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée, vous devez comprendre qu'il n'est pas soumis à la discipline d'une profession.

Ce ou cette thérapeute ou ce conseiller ou cette conseillère est-il ou est-elle membre d'un ordre professionnel réglementé?

Oui (dans ce cas, veuillez indiquer l'ordre dont il ou elle est membre) Non Je ne sais pas

Nom de l'ordre :

Les services de cette personne sont-ils couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario ou un autre assureur? Oui Non Je ne sais pas

Date prévue ou effective du début du counseling :

À REMPLIR PAR LE PARTENAIRE PRINCIPAL OU LA PARTENAIRE PRINCIPALE DU CLIENT OU DE LA CLIENTE

1. Je n'ai aucun lien de parenté avec le ou la thérapeute ou le conseiller ou la conseillère, ni aucun autre conflit d'intérêts potentiel.
2. Je comprends que, si le ou la thérapeute ou le conseiller ou la conseillère que je choisis n'est membre d'un ordre professionnel réglementé, cette personne n'est pas soumise à la discipline professionnelle de l'Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario ou de tout autre organisme de réglementation.
3. Je comprends que l'Ordre versera l'aide financière uniquement au ou à la thérapeute ou au conseiller ou à la conseillère, qu'elle ne servira qu'à payer la thérapie ou le counseling pour l'abus sexuel présumé commis à l'endroit de mon partenaire principal ou de ma partenaire principale par un ou une psychothérapeute autorisé(e), et qu'elle ne sera pas utilisée directement ou indirectement à d'autres fins.
4. Je comprends que le montant maximal de l'aide financière payable à tout ou toute thérapeute ou à tout conseiller ou toute conseillère approuvé(e) dans le cadre de la présente demande ou de toute autre demande présentée à l'Ordre est le montant le moins élevé des deux sommes suivantes : soit 600 \$ soit le montant que l'Assurance-santé de l'Ontario verserait pour quatre séances d'une heure de psychothérapie individuelle en consultation externe avec un ou une psychiatre.
5. Je comprends qu'on ne versera pas de paiement en double pour le même service. À ma connaissance, ni l'Assurance-santé de l'Ontario ni aucun assureur public ou privé n'est tenu de payer la thérapie ou le counseling que je reçois. Si, à un moment donné, l'Assurance-santé de l'Ontario ou un assureur privé est tenu de payer la thérapie ou le counseling, j'en aviserai l'Ordre.
6. Je comprends que l'Ordre ne paiera pas la séance en cas de rendez-vous manqués ou de retards.

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS

J'autorise par la présente (nom du ou de la thérapeute ou du conseiller ou de la conseillère)

à divulguer des informations, y compris des données personnelles sur la santé, à l'Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario.

Je consens à la divulgation de la date du rendez-vous, de sa durée et des honoraires demandés. Oui No

Signature du demandeur ou de la demandeuse :

Date :

Après avoir rempli les deux pages de ce formulaire, veuillez le renvoyer à l'Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario par l'une des méthodes indiquées ci-dessous :

Courrier :

Attn: Client Relations Committee
College of Registered Psychotherapists of Ontario
375 University avenue, Suite 800
Toronto, ON M5G 2J5

Courriel :

clientrelations@crpo.ca

Pour toute question complémentaire, veuillez écrire à clientrelations@crpo.ca