

**COORDONNÉES DU DEMANDEUR OU DE LA DEMANDEUSE**

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

**PSYCHOTHÉRAPEUTE AUTORISÉ(E) AU PROPOS DE QUI L'ON A DÉPOSÉ UNE PLAINTÉ OU UN RAPPORT**

**Nom du psychothérapeute autorisé ou de la psychothérapeute autorisée**

Prénom :	Nom de famille :
----------	------------------

**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 DEMANDEUR OU LA DEMANDEUSE**

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 qui m'y a rendu admissible et qu'elle ne sera pas utilisée directement ou indirectement à d'autres fins.
4. J'utiliserai d'abord les autres sources de financement dont je dispose pour la thérapie ou le counseling.
5. Je comprends qu'on ne me paiera pas 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 :

à divulguer des informations, y compris des données personnelles sur ma 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  Non

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](mailto:clientrelations@crpo.ca)

Pour toute question complémentaire, veuillez nous écrire à [clientrelations@crpo.ca](mailto:clientrelations@crpo.ca).