

Conformément à la législation, le comité des relations avec les clients de l'Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario (OPAO) administre un programme de financement de thérapies ou de counseling conçu pour les personnes (le demandeur ou la demandeuse) qui déposent une plainte auprès de l'Ordre pour avoir été victimes d'abus sexuels de la part de ses membres pendant qu'elles en étaient clientes. Le demandeur ou la demandeuse doit remplir le présent formulaire après avoir trouvé un ou une thérapeute ou un conseiller ou une conseillère, mais avant que l'Ordre puisse effectuer le paiement.

À REMPLIR PAR LE OU LA THÉRAPEUTE OU PAR LE CONSEILLER OU LA CONSEILLÈRE

Je soussigné(e), **NOM DU OU DE LA THÉRAPEUTE OU DU CONSEILLER OU DE LA CONSEILLÈRE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)** (le ou la « thérapeute »), offre ou propose d'offrir des séances de thérapie ou de counseling à **NOM DU DEMANDEUR OU DE LA DEMANDEUSE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)** (le « demandeur » ou la « demandeuse »), qui fait une demande de financement dans le cadre du programme établi par l'Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario (l'« Ordre »).

1. Je n'ai aucun lien de parenté avec le demandeur ou la demandeuse ni aucun autre conflit d'intérêts potentiel.
2. Je comprends que l'aide financière ne servira qu'à payer la thérapie ou le counseling pour l'abus sexuel qui y a rendu le demandeur ou la demandeuse admissible et qu'elle ne sera pas utilisée directement ou indirectement à d'autres fins.
3. 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 correspond au montant que l'Assurance-santé de l'Ontario paierait pour 200 séances d'une demi-heure de psychothérapie individuelle en consultation externe avec un ou une psychiatre.
4. **Soit** je suis membre de la/du/de l'(NOM DE L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION) ou je l'étais en (ANNÉE),
 Soit je ne suis pas actuellement ou je n'ai jamais été membre d'une profession de la santé réglementée et j'ai expliqué au demandeur à la demandeuse que je ne serais pas soumis(e) à une discipline professionnelle de la part de l'Ordre ou de tout autre organisme de réglementation.
5. Je n'ai, à aucun moment ni dans aucun État, été reconnu(e) coupable de faute professionnelle de nature sexuelle.
6. Je n'ai jamais été jugé(e) responsable, pénalement ou civilement, d'un acte de nature sexuelle.
7. Je m'engage à garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre de la demande de financement, y compris le fait qu'il ait été accordé si c'est le cas et les raisons invoquées par le comité des relations avec les clients pour l'octroyer, et à ne pas utiliser ces données à d'autres fins.
8. Je comprends que l'Ordre ne paiera pas les séances en cas de rendez-vous manqué ou de retard.

Signature du ou de la thérapeute :

Date :

Vous pouvez envoyer le présent formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Attn: Client Relations Committee
College of Registered Psychotherapists of Ontario
375 University Ave, Suite 803
Toronto, ON M5G 2J5

Si vous le remplissez électroniquement, veuillez le faire parvenir à clientrelations@crpo.ca.

Si vous avez d'autres questions, veuillez écrire à clientrelations@crpo.ca.