

## FORMULAIRE A: Demande de Financement pour des Services de Thérapie ou de Counseling

Mon nom est \_\_\_\_\_

J'ai été victime d'un abus sexuel de la part de \_\_\_\_\_ (l'opticien/le membre) alors que j'étais son patient. Je demande un financement pour des services de thérapie ou de counseling à la suite de cet abus sexuel.

L'abus a commencé \_\_\_\_\_ (date) et a duré jusqu'à \_\_\_\_\_ (date).

### Mes Coordonnées:

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

### Détails sur le Thérapeute/Conseiller:

Nom du Thérapeute/Conseiller \_\_\_\_\_

Les services de ce thérapeute/conseiller sont-ils couverts en tout ou en partie par le RAMO ou par un autre assureur?

Oui  Non  Pas sûr

Si oui, quel est le nom de l'assureur? \_\_\_\_\_

En signant ce document, je reconnais et j'accepte ce qui suit:

1. Je comprends que le Comité des Relations avec les Patients du Collège des Opticiens de l'Ontario décidera si je suis admissible à cette aide financière, ainsi que le montant auquel je suis admissible.
2. Je comprends qu'une décision du Comité des Relations avec les Patients selon laquelle je suis éligible à une aide financière ne constitue pas un verdict de culpabilité à l'encontre de l'opticien/membre susnommé et ne pourra être prise en compte par aucun autre comité du Collège traitant avec lui/elle.
3. Je comprends que si ma demande est approuvée, tous les paiements seront versés directement à mon thérapeute/conseiller, et que je devrai, avec mon thérapeute/conseiller, remplir et soumettre un Formulaire d'Informations du Thérapeute/Conseiller (Formulaire B).

4. Je comprends qu'il ne peut y avoir de double paiement pour le même service.
- Je vais d'abord utiliser toute autre source de financement pour la thérapie/counseling qui sont à ma disposition. Cela comprend \$ \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (par exemple les sommes provenant du RAMO ou un assureur privé).

**OU**

- À ma connaissance, ni le RAMO ni aucun autre assureur public/privé n'est tenu de payer ces services de thérapie/ counseling. Je conviens que si, à un moment donné, le RAMO ou un autre assureur public/privé est tenu de payer la thérapie/soutien, j'en informerai le Collège.
5. Je n'ai pas de lien de parenté avec mon thérapeute/conseiller.
6. Je comprends que si mon thérapeute/conseiller n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée, il/elle n'est pas soumis(e) à la discipline professionnelle du Collège des Opticiens ou de tout autre organisme de réglementation.
7. Je comprends qu'aucun paiement ne sera effectué par le Collège des Opticiens en cas de retard ou d'absence à un rendez-vous.
8. Je comprends que je dois garder confidentielles toutes les informations obtenues dans le cadre du processus de demande de financement, y compris, si le financement est accordé, le fait qu'il l'ait été et les raisons invoquées par le Comité des Relations avec les Patients pour justifier son octroi, et m'abstenir d'utiliser ces informations à toute autre fin.
9. Je fais cette demande en toute bonne foi et sans but illicite.

---

Signature du Demandeur

---

Date



(416) 368-3616

(800) 990-9793 (Toll-Free)

(416) 368-2713