

## FORMULAIRE B: Informations du Thérapeute/Conseiller

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

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

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

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

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

1. Je prodigue/propose de prodiguer des services de thérapie ou de counseling à \_\_\_\_\_ (le "Demandeur"), qui demande un financement dans le cadre du programme établi par le Collège des Opticiens de l'Ontario (le « Collège ») pour les personnes qui ont apporté une allégation d'abus sexuel contre un membre de du Collège.
2. Je n'ai pas de lien de parenté avec le Demandeur ni aucun autre conflit d'intérêt potentiel.
3. Je comprends que le financement ne doit être utilisé que pour payer des services de thérapie ou de soutien psychologique tels que déterminés par le Comité des Relations avec les Patients du Collège.
4. Je comprends que le montant maximal du financement payable à tout thérapeute ou conseiller approuvé en vertu de la présente demande ou de toute autre demande présentée au Collège est le montant que le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario paierait pour 200 séances d'une demi-heure de psychothérapie individuelle en consultation externe avec un psychiatre.
5. Mon taux horaire pour le Demandeur est de \$\_\_\_\_\_.
6. Je comprends qu'il ne peut y avoir de double paiement pour le même service.

À ma connaissance, ni le RAMO ni aucun autre assureur public/privé n'est tenu de payer les services de thérapie ou de counseling que je prodigue/propose de prodiguer au Demandeur. J'informerai le Collège si une autre source de financement devient disponible pour le Demandeur.

**OU**

À ma connaissance, une partie ou la totalité du coût de ces services de thérapie ou de soutien psychologique est payée par le RAMO ou un autre assureur public/privé.

7.  Je suis un membre de la profession de santé réglementée suivante: Ordre des \_\_\_\_\_, et mon numéro d'Inscription est \_\_\_\_\_.

**OU**

- Je ne suis pas actuellement ou je n'ai jamais été membre d'une profession de santé réglementée et j'ai expliqué au Demandeur que je ne serais pas soumis à la discipline professionnelle du Collège des Opticiens de l'Ontario ou de tout autre organisme de réglementation.
8. Je n'ai à aucun moment et dans aucune juridiction été reconnu coupable d'inconduite professionnelle de nature sexuelle.
9. Je n'ai jamais été reconnu responsable d'un acte de nature sexuelle, au criminel ou au civil.
10. Je comprends que je dois signer et soumettre une copie du formulaire D (Soumission des Factures de Thérapie) avec chaque facture de thérapie/counseling que je soumetts au Collège.
11. Je comprends qu'aucun paiement ne sera effectué par le Collège des Opticiens en cas de retard ou d'absence à un rendez-vous.
12. 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.
13. En signant ce formulaire, je reconnais que les renseignements que je fournis le sont en toute bonne foi et sans but inapproprié.

---

Signature du  
Thérapeute/Conseiller

---

Date