

Formulaire A – Demande de financement

(À remplir par le demandeur)

Le comité de relations avec les patients (CRP) est un comité prescrit par la loi, qui est responsable de surveiller le financement du programme de thérapie et de consultation pour les patients qui ont été agressés sexuellement par un médecin. Pour demander du financement, le demandeur doit remplir le présent formulaire. Les formulaires de demande remplis seront examinés par le CRP qui déterminera si le demandeur satisfait aux critères d'admissibilité, ainsi que le montant du financement qui est attribué pour la thérapie et la consultation.

Vous n'avez pas besoin d'avoir un thérapeute ou un consultant pour présenter une demande de financement. Si vous avez déjà un thérapeute ou un consultant qui a l'intention de facturer directement l'Ordre pour vos séances de thérapie ou de consultation, il peut remplir le Formulaire B : Renseignements de facturation à soumettre avec le présent formulaire de demande.

Vous avez besoin d'aide ou de renseignements supplémentaires?

Veuillez consulter la page du site Web de l'Ordre sur [le financement pour les services de thérapie ou de consultation](#), ou contactez-nous directement :

FONDS POUR LA THÉRAPIE :

Téléphone : 416 967-2644, poste 211 /
1 800 268-7096, poste 211

Courriel : therapyfund@cpsos.on.ca

Par les présentes, je soussigné(e), _____ demande du financement pour des services de thérapie et de consultation en vertu du programme établi par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (« l'Ordre »).

(Nom du demandeur)

J'ai été agressé(e) sexuellement par _____ pendant que j'étais son/sa patient/e.

(Nom du médecin)

Ces mauvais traitements d'ordre sexuel ont eu lieu :

avant le 31 décembre 1993

le ou après le 31 décembre 1993

Veillez répondre à autant de questions que possible. Cochez les cases qui s'appliquent à votre situation.

Oui Non Peut-être

Une plainte ou un rapport a été déposé concernant ces mauvais traitements d'ordre sexuel on _____ à _____ de l'Ordre.
(date approximative) (nom)

Le comité de discipline de l'Ordre a déclaré le médecin susmentionné coupable de mauvais traitements d'ordre sexuel à mon endroit.

Je sais que le médecin susmentionné a admis à l'Ordre m'avoir agressé(e) sexuellement.

J'ai signalé ces mauvais traitements d'ordre sexuel à la police.

Oui Non Peut-être

Le médecin susmentionné a été condamné lors d'un procès pour mauvais traitements d'ordre sexuel à mon endroit. Si c'est le cas et vous disposez de cette information, veuillez remplir ce qui suit :

Le médecin susmentionné a été condamné en vertu du Code criminel pour une infraction sexuelle à mon endroit le _____ par _____ de
(date) (nom du juge)
_____ à _____.
(tribunal) (lieu)

Un comité de l'Ordre a déclaré dans une réponse écrite après l'audience que le médecin susmentionné m'avait agressé(e) sexuellement alors que j'étais son/sa patient/e.

Remboursement

Le financement pour thérapie ou consultation peut être fourni seulement pour une période de cinq ans. Si vous demandez un remboursement pour des frais de thérapie ou de consultation que vous avez reçus avant que votre financement soit approuvé par le CRP, la période de cinq ans commencera à la première date pour laquelle vous avez soumis des coûts. Autrement, la période pour laquelle le financement sera fourni est de cinq ans à compter de la date à laquelle vous êtes devenu(e) admissible au financement.

Si vous souhaitez présenter une demande de remboursement, veuillez remplir le [Formulaire C : Demande de remboursement](#).

Avant de commencer une nouvelle thérapie ou de demander le remboursement de dépenses, veuillez nous contacter. Le CPR pourrait devoir examiner la demande, selon la nature de la thérapie ou de la dépense.

Oui Non Peut-être

J'ai l'intention de demander un remboursement pour des dépenses de thérapie ou de consultation.

Attestations

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

1. Je m'engage à assurer la confidentialité de tous les renseignements obtenus dans le cadre du processus de demande de financement et à éviter d'utiliser ces renseignements à toute autre fin. Cet engagement ne limite pas mon droit d'utiliser, selon mon jugement, toute information que je détiens déjà au sujet des événements ayant donné lieu à la présente demande.
2. Je comprends que la décision du CRP selon laquelle je suis admissible au financement ne signifie pas que le médecin susmentionné a été déclaré coupable et ne sera pas examinée par tout autre comité de l'Ordre ayant à traiter avec lui/elle.
3. Je comprends que si la demande de financement se rapporte à de mauvais traitements d'ordre sexuel ayant eu lieu avant le 31 décembre 1993, je ne serai pas admissible au financement si, selon l'opinion du CRP, la nécessité d'obtenir une thérapie ne découle pas directement ou indirectement des mauvais traitements, il existe d'autres sources de financement disponibles, l'Ordre est incapable de fournir le financement ou, concernant les critères précédents, l'attribution de financement ne serait ni juste ni équitable.

Signature du demandeur

Date