



Veillez remplir ce formulaire si vous cherchez du financement pour une thérapie ou des consultations parce que vous avez fait l'objet d'abus sexuels de la part d'un technologiste de laboratoire médical (TLM). Votre thérapeute/conseiller doit remplir [le formulaire B](#). Vous trouverez des renseignements sur ce processus dans la fiche d'information de l'Ordre pour le financement [ici](#). Nous vous encourageons à accéder à des programmes de soutien communautaire et à de l'information sur la violence sexuelle. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le [Réseau ontarien des centres de traitement en cas d'agression sexuelle ou de violence familiale](#).

Si l'abus implique un professionnel qui n'est pas un TLM, veuillez contacter l'ordre de réglementation de la santé concerné (voir [Health Profession Regulators of Ontario](#) pour obtenir la liste complète des ordres). Nous vous encourageons également à communiquer avec l'employeur du professionnel et la police. Pour toute question, veuillez prendre contact avec le personnel du service de conduite professionnelle de l'OTLMO par courriel à professionalconduct@cmlto.com ou par téléphone au 1 800 323-9672.

1

Vos coordonnées

Nom complet

Adresse municipale

Suite/App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

Avez-vous déposé une plainte auprès de l'OTLMO?
(Cliquez ici pour en savoir plus.)

Oui

Non

Soumettez-vous ce formulaire au nom de
quelqu'un d'autre (c.-à-d. personne mineure)?

Oui

Non

Dans l'**affirmative**, veuillez indiquer son nom et sa
relation avec vous.

2

Coordonnées de votre thérapeute/conseiller

Nom complet

Adresse postale

Suite/App.

Ville

Province

Code postal



Téléphone

Courriel

3

Déclaration

1. J'ai lu et compris la [fiche d'information de l'OTLMO sur le financement de la thérapie ou des consultations](#), qui décrit l'utilisation du financement dans le cadre de ce programme et la façon dont les paiements sont traités.
 2. Je confirme que le thérapeute ou le conseiller inscrit n'a aucun lien familial avec moi.
 3. Je comprends que le financement ne doit être utilisé que pour la thérapie et les consultations liées à l'abus allégué et ne doit pas être utilisé directement ou indirectement à d'autres fins.
 4. Je donne mon consentement à l'OTLMO pour communiquer avec le thérapeute ou le conseiller indiqué sur ce formulaire afin de confirmer mon admissibilité et de traiter ma demande de financement.
 5. Je comprends que si mon thérapeute ou mon conseiller n'est pas membre d'une profession de la santé réglementée, il n'est pas assujéti à des processus disciplinaires professionnels.
-

4

Signature

SIGNATURE : _____ **DATE :** _____

Veuillez soumettre le formulaire dûment rempli par courriel à professionalconduct@cmlto.com ou par la poste à l'adresse suivante :

Comité des relations avec les patients

Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario
Bureau 2100 – 25 Adelaide Street East
Toronto (Ontario) M5C 3A1