

## Demande d'enregistrement de courtoisie soins spécialisés d'urgence

### Informations personnelles du demandeur

Nom \_\_\_\_\_  
*Nome de famille    Prénom    2e prénom    Prénom préféré*

Date de naissance \_\_\_\_\_ Genre : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
*Adresse, Ville, Province, Code postal*

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

Profession:     Audiologiste     Orthophoniste

### Enseignement postsecondaire

Niveau de diplôme \_\_\_\_\_ Domaine d'étude \_\_\_\_\_ Année de diplôme \_\_\_\_\_  
*Diplôme, licence, maîtrise, doctorat, etc.*

Université \_\_\_\_\_ Province /État/Pays: \_\_\_\_\_

### Emploi principal actuel dans la province où la majorité de la pratique a lieu

Nom de l'organisation/employeur/travailleur indépendant : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
*Adresse, Ville, Province, Code postal*

Votre enregistrement dans votre province principale est-il actif et/ou actuel ?    OUI    NON  
   

### Emploi dans la province secondaire

Votre employeur dans la province secondaire est-il le même que celui de la province primaire ?    OUI    NON  
   

Si non, veuillez préciser l'adresse professionnelle dans la province secondaire : \_\_\_\_\_  
*Nom de l'entreprise, adresse postale, ville, province, code postal*

Date de début prévue \_\_\_\_\_ Je fournirai des services :  En personne     Virtuellement     Les deux

### Immatriculation / Permis d'exercice

Nom de la province principale \_\_\_\_\_ # immatriculation: \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà demandé ou obtenu une immatriculation ou un permis d'exercer de l'AOANB ?    OUI    NON  
     Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

## Conduite

**En tant que professionnel réglementé, lié par des obligations éthiques et professionnelles, je confirme et déclare solennellement que :**

L'inscription de votre pratique est-elle actuellement soumise à des conditions, des modalités ou des restrictions dans une province ou un territoire du Canada ou dans un endroit où vous êtes inscrit auprès d'un organisme de réglementation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Êtes-vous actuellement suspendu par un organisme de réglementation d'une province ou d'un territoire du Canada, ou de tout autre endroit où vous êtes enregistré auprès d'un organisme de réglementation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Faites-vous actuellement l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation d'une province ou d'un territoire du Canada, ou d'un endroit où vous êtes enregistré auprès d'un organisme de réglementation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous actuellement des plaintes actives de conduite non professionnelle déposées contre vous dans une province ou un territoire du Canada ou dans un endroit où vous êtes enregistré auprès d'un organisme de réglementation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait l'objet d'un constat ou d'un aveu de conduite non professionnelle qui n'a pas été renversé en appel par un organisme de réglementation d'une province ou d'un territoire du Canada, ou d'un endroit où vous êtes enregistré auprès d'un organisme de réglementation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Faites-vous actuellement l'objet d'une procédure disciplinaire auprès d'un organisme de réglementation dans une province ou un territoire du Canada, ou dans un endroit où vous êtes enregistré auprès d'un organisme de réglementation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous actuellement redevable de frais, d'amendes ou de coûts impayés à un organisme de réglementation d'une province ou d'un territoire du Canada, ou d'un endroit où vous êtes enregistré auprès d'un organisme de réglementation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà été reconnu coupable ou plaidé coupable d'une infraction criminelle au Canada définie par le Code criminel du Canada, pour laquelle vous n'avez pas reçu de pardon, ou d'une infraction criminelle de nature similaire à l'extérieur du Canada, pour laquelle vous n'avez pas reçu de pardon ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu, ou fait l'objet d'un jugement civil concernant votre pratique professionnelle (par exemple, négligence, rupture de contrat, faute professionnelle médicale, etc.)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

## Déclaration

**En tant que professionnel réglementé, lié par des obligations éthiques et professionnelles, je confirme et déclare solennellement que :**

- Je comprends qu'aux fins de la présente déclaration et de mon enregistrement de pratique interprovinciale, les " services de contact direct avec les clients/patients " signifient le dépistage, l'évaluation, le traitement, le counseling ou la consultation fournis à un client/patient ou à toute personne liée au client/patient d'un détenteur d'enregistrement interprovincial dans une province secondaire.
- Je comprends que je dois demeurer en règle à la fois dans ma province principale et dans la province secondaire pour conserver mon enregistrement de pratique interprovinciale.
- Je comprends que je peux faire l'objet d'une conduite ou d'une procédure disciplinaire concernant ma pratique, ma compétence ou ma capacité dans ma province principale et secondaire, y compris à la suite du même incident.
- Je comprends que la majorité de ma pratique en tant qu'audiologiste ou orthophoniste doit avoir lieu dans ma province principale.
- Je comprends que je ne peux fournir qu'un total cumulatif de 10 heures ou moins de services de contact direct avec les clients/patients (y compris les soins virtuels et les soins en personne) au cours d'une période annuelle dans la province secondaire à partir de la date de délivrance de mon enregistrement interprovincial.

*De plus, je comprends et accepte que :*

- J'informerai la province secondaire dès que j'aurai fourni 10 heures de services en contact direct avec les clients/patients dans la province secondaire.
- mon enregistrement de pratique interprovinciale expirera dans un an ou lorsque j'aurai fourni 10 heures de services aux clients/patients dans la juridiction secondaire.
- à l'expiration de mon certificat, je dois présenter une nouvelle demande si je souhaite continuer à exercer dans la province secondaire et c'est à moi seul qu'il incombe de présenter cette demande.

*Je comprends que je suis responsable de :*

- payer tous les frais applicables des provinces primaires et secondaires et ;
- me conformer à toutes les exigences en matière de maintien des compétences et d'assurance de la qualité de ma province d'origine.
- Je confirme également que j'ai satisfait aux exigences en matière de maintien des compétences et d'assurance de la qualité dans ma province principale au moment de ma demande.
- Je comprends que je dois fournir les éléments suivants dans le cadre de ma demande :
  - (a) les frais applicables;
  - (b) une vérification de l'enregistrement en règle (tel que défini par le protocole d'entente) dans une autre juridiction réglementée pour la durée de l'enregistrement de la pratique interprovinciale ;
  - (c) une preuve d'identité (passeport ou autre pièce d'identité avec photo émise par le gouvernement indiquant le nom légal actuel) ;
  - (d) une preuve de résidence permanente au Canada ou un permis de travail canadien (si pas de passeport) ;
  - (e) une preuve d'assurance responsabilité professionnelle personnelle à jour, conformément à la règle 14.9.1 (c) vi de l'AOANB ; et
  - (f) vérification du casier judiciaire auprès du secteur vulnérable.
- Je comprends et j'accepte de détenir une assurance responsabilité professionnelle personnelle (couverture ARP) qui répond aux exigences de la province principale et de la province secondaire.

*Je comprends également que :*

- L'AOANB acceptera la couverture d'ARP qui répond aux exigences de ma province principale si elle est détenue par moi, en tant que particulier, et l'AOANB n'accepte pas la couverture de l'employeur ;
- il m'incombe de m'assurer que ma couverture ARP s'étend au Nouveau-Brunswick
- s'il y a un doute quant à savoir si ma couverture d'assurance ARP s'étendra au Nouveau-Brunswick, l'AOANB peut m'obliger à obtenir une couverture d'assurance ARP d'au moins 2 000 000 \$ avec une période de déclaration prolongée d'au moins deux (2) ans et
- Je dois conserver les preuves de ma politique de couverture ARP et je comprends que l'AOANB peut demander des documents supplémentaires sur ma couverture ARP à tout moment.
- Je comprends et accepte de me conformer à toutes les exigences législatives dans les provinces de la protection de la vie privée et du secondaire, y compris les lois, les règlements administratifs, les codes de déontologie ou les normes de pratique.
- Je reconnais que je peux suivre le module de jurisprudence de l'AOANB en ligne pour m'informer du code de déontologie de l'AOANB et, si je le souhaite, en faisant une demande écrite au registraire de l'AOANB.
- J'autorise par la présente la province secondaire à obtenir et/ou à divulguer des informations relatives à mon statut d'immatriculation et à des questions de discipline et de conduite.
- Je conviens d'aviser l'AOANB dès que possible si mon immatriculation dans ma province principale est annulée, suspendue ou assortie de conditions, de modalités ou de restrictions, si je ne suis plus en règle avec ma province principale ou si je fais l'objet d'une plainte ou d'une enquête dans ma province principale.
- Je comprends que je peux être soumis à des questions de pratique professionnelle concernant ma conduite, ma compétence et ma capacité professionnelles dans les provinces primaires et secondaires.

## En outre, je confirme et déclare solennellement que

- Les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande et déclaration sont complets et véridiques, et je reconnais qu'une déclaration fautive ou trompeuse, ou l'omission de renseignements requis, peut être considérée comme une conduite non professionnelle et renvoyée au Comité des plaintes de l'AOANB pour qu'il prenne des mesures, y compris, mais sans s'y limiter, une plainte en vertu de la Loi constituant en corporation l'Association des orthophonistes et audiologistes du Nouveau-Brunswick et de la Loi concernant les professionnels de la santé, partie V.
- Je reconnais et comprends que mon enregistrement peut être refusé si l'AOANB détermine que j'ai fourni des informations inexactes, que j'ai omis des informations ou des documents requis, ou que j'ai soumis des documents qui ont été modifiés, altérés ou falsifiés au cours du processus de demande.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_