



Formulaire d'attestation pour s'inscrire à l'OSFSSS

Ce formulaire est destiné aux PSSP qui font une demande d'inscription à l'Office de surveillance des fournisseurs de soins de santé et de soutien (OSFSSS) de l'Ontario et qui :

- sont actuellement inscrits ou ont déjà été inscrits au registre du British Columbia Care Aide & Community Health Worker (REMARQUE : l'OSFSSS confirmera l'inscription directement auprès du répertoire de l'Alberta Health Care Aide et du registre de Nova Scotia Continuing Care Assistant), **ET/OU**
- sont ou qui ont été membres inscrits auprès d'un organisme de réglementation représentant une autre profession en Ontario ou ailleurs.

Raison d'être :

Ce formulaire a pour seul objectif de rassembler des renseignements auprès des organismes de réglementation.

Il n'est pas nécessaire de remplir ce formulaire pour l'appartenance à une association professionnelle.

Processus :

Le ou la PSSP qui fait une demande doit envoyer ce formulaire à son organisme de réglementation ou détenteur du registre ou du répertoire et lui demander de le remplir.

Ce faisant, la personne qui fait une demande d'inscription consent à ce que les renseignements exigés soient transmis à l'OSFSSS.

Une fois rempli, le formulaire d'attestation doit être transmis directement à l'OSFSSS par un représentant du registre ou répertoire ou de l'organisme de réglementation. Un formulaire transmis par la personne qui fait la demande d'inscription sera refusé.

A. Information relative à la personne qui fait la demande

Prénom		Nom	
Adresse	Ville/municipalité	Province	Code postal
N° de téléphone	N° de téléphone cellulaire	Adresse courriel	

B. Information relative à l'inscription (à remplir par l'organisme de réglementation ou le détenteur du registre)

Registre ou organisme de réglementation :

Type de certificat d'inscription :

Statut actuel :

Date d'inscription initiale :

Date d'expiration :

Si l'inscription de la personne qui fait la demande a déjà été suspendue, révoquée ou rétablie, veuillez en préciser la date d'exécution et les raisons :

Veuillez préciser les conditions ou les limites imposées au certificat d'inscription :

C. Dossier de conduite professionnelle (à remplir par le détenteur du registre ou l'organisme de réglementation)

Veillez expliquer les enquêtes en cours en lien avec une plainte, une mesure disciplinaire (faute professionnelle), l'aptitude à exercer la profession ou à être inscrit :

Veillez préciser les fautes professionnelles, les cas d'incompétence ou d'incapacité :

Veillez préciser les conclusions découlant de l'examen d'une plainte, du dossier d'inscription ou d'une audience disciplinaire pour lesquelles une pénalité est en cours (p. ex., suspension toujours en vigueur, amende ou frais non payés, cours non terminés, etc.) :

Veillez expliquer les exigences liées à l'assurance de la qualité qui sont en suspens (maintien des compétences) :

Veillez décrire les frais qui demeurent impayés (le cas échéant) :

Précisez tout autre renseignement pertinent en lien avec l'aptitude de la personne qui fait la demande à fournir en toute sécurité des soins des santé et services de soutien à la personne en Ontario :

Confirmation et signature du détenteur du registre ou organisme de réglementation :

J'affirme que les renseignements fournis précédemment sont complets et exacts à la date indiquée ci-dessous.

OUI NO

Nom complet du représentant du registre ou de l'organisme de réglementation :

Poste ou titre du représentant du registre ou de l'organisme de réglementation :

Adresse courriel du représentant du registre ou de l'organisme de réglementation :

Numéro de téléphone du représentant du registre ou de l'organisme de réglementation :

Signature du représentant du registre ou de l'organisme de réglementation :

Date : MM/DD/YYYY

Le représentant du registre ou de l'organisme de réglementation est prié de transmettre ce formulaire directement à l'OSFSSS par courriel à :

registration@hscpoa.com

Un formulaire transmis par la personne qui fait la demande d'inscription sera refusé.