Ordre des ergothérapeutes du Québec
OEQ

Formulaire de confirmation de délivrance d'une autorisation légale d'exercer la profession d'ergothérapeute hors-Québec et d'historique de conduite professionnelle

1. SECTION À REMPLIR PAR LA PERSONNE EFFECTUANT UNE DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE

Veuillez remplir les sous-sections 1.1, 1.2, 1.3 (si applicable),1.4 et, par la suite, transmettre le présent formulaire à l'organisme de réglementation dont vous êtes membre, afin que ce dernier complète la section 2, ci-après.

1.1 IDENTIFICATION

Prénom _____ Nom _____

Adresse (no, rue) _____ Appartement _____

Ville _____ Province/Pays _____ Code postal _____

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

1.2 CONTEXTE D'EXERCICE DES ACTIVITÉS DEMANDÉS

Dans le cadre de ma demande d'autorisation spéciale, je déclare vouloir exercer l'ergothérapie (veuillez cocher la ou les cases applicables) :

☐ En télépratique, à partir de la juridiction dans laquelle je suis membre, auprès de clients situés au Québec ;
☐ En télépratique, à partir du Québec, auprès de clients situés dans la juridiction dans laquelle je suis membre ;
☐ En télépratique,à partir d'une juridiction autre que celle où je suis membre et autre que celle du Québec, auprès de clients situés au Québec ;
☐ En présence au Québec, auprès de clients situés au Québec.

1.3 ACTIVITÉS VISÉES PAR LA DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE

À compléter seulement si vous êtes membre d'un organisme de réglementation en ergothérapie situé hors-Canada

Dans le cadre de ma demande d'autorisation spéciale, je déclare vouloir exercer les activités réservées suivantes (veuillez cocher la ou les cases applicables) :

☐ Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise dans le cadre de l'application d'une loi;
☐ Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique;
☐ Prodiguer des traitements reliés aux plaies;
☐ Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité;
☐ Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins;
☐ Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique;
☐ Décider de l'utilisation des mesures de contention;
☐ Décider des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

1.4 ORGANISME DE RÉGLEMENTATION DE L'ERGOTHÉRAPIE DONT VOUS ÊTES MEMBRE

Nom de l'organisme de réglementation de l'ergothérapie dont vous êtes actuellement membre

No de permis/membre

1.5 AUTORISATION DE TRANSMISSION D'INFORMATION

J'autorise l'organisme de réglementation mentionné à la section 1.4 à transmettre à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec les informations requises aux termes de la section 2, ci-dessous.

Signature

Date (AAAA/MM/JJ)

2. SECTION À REMPLIR PAR L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION

Cette section doit être remplie par le répondant de l'organisme de réglementation mentionné à la section 1.4. Le répondant doit par la suite transmettre le présent formulaire dûment complété à l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, à l'adresse apparaissant à la section 3, ci-après.

2.1 IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

Nom de l'organisme de réglementation ayant émis l'autorisation mentionnée à la section 1.4

Juridiction où l'organisme est situé (province/état et pays)

Nom du répondant

Titre

Téléphone

Courriel

2.2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AUTORISATION LÉGALE D'EXERCER LA PROFESSION

1. La personne identifiée à la section 1.1 est-elle détentrice d'une autorisation légale délivrée par votre organisme de réglementation et actuellement en vigueur lui permettant d'exercer la profession d'ergothérapeute ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez nous indiquer :

Type d'autorisation (ex : permis régulier, membre retraité, membre inactif)

Date d'échéance de l'autorisation (AAAA/MM/JJ)

2. La personne identifiée à la section 1.1. fait-elle présentement l'objet d'une radiation, limitation ou suspension de son droit d'exercice ou ce dernier est-il assorti de restrictions ou de conditions ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser :

La prochaine question doit être répondue seulement si votre organisme de règlementation en ergothérapie est situé hors-Canada

3. Je confirme que la personne identifiée à la section 1.1 est légalement autorisée à exercer dans notre juridiction la ou les activité(s) qu'elle souhaite effectuer tel qu'identifiées à la section 1.3.

☐ Oui ☐ Non

2.3 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'HISTORIQUE DE CONDUITE PROFESSIONNELLE

1. La personne identifiée à la section 1.1 fait-elle présentement l'objet d'une **inspection**, d'une **enquête, d'une poursuite** ou autre démarche de même nature portant sur de potentiels **manquements en lien avec sa compétence et/ou avec le respect de ses obligations déontologiques ou professionnelles** ?

☐ Oui ☐ Non

2. La personne identifiée à la section 1.1 fait-elle présentement l'objet d'une **enquête** ou autre démarche de même nature portant sur un potentiel **état physique ou psychique incompatible avec l'exercice de sa profession ?**

☐ Oui ☐ Non

3. Avez-vous un motif de croire que la personne identifiée à la section 1.1 ne devrait pas être autorisée à exercer la profession d'ergothérapeute au Québec ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions ci-haut, veuillez nous transmettre une copie de la décision ou des informations que vous détenez à cet égard :

2.4 RECOURS

Je confirme que notre organisation traitera et assumera les coûts relatifs au traitement de toute plainte ou de tout signalement concernant les services offerts par la personne identifiée à la section 1.1 dans le ou les contexte(s) d'exercice sélectionné(s) par cette dernière à la section 1.2, ci-avant :

☐ Oui ☐ Non

2.5 SIGNATURE DU RÉPONDANT

Je déclare solennellement que tous les renseignements fournis dans la section 2 du présent formulaire sont exacts et complets.

Signature : _____ Date : _____
(AAAA/MM/JJ)

3. TRANSMISSION

L'organisme de réglementation doit transmettre le présent formulaire dument complété, accompagné de l'ensemble des documents requis, le cas échéant, à l'OEQ :

- par **courriel** à admission@oeq.org

  ou

- par la **poste** à : Admission
  Ordre des ergothérapeutes du Québec
  2021, avenue Union, bureau 920
  Montréal (Québec) H3A 2S9

Les renseignements recueillis par le présent formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Ils sont recueillis à des fins de traitement de la demande de délivrance d'autorisation spéciale, de contrôle de l'exercice de la profession, de protection du public et de statistiques. Ils seront accessibles au personnel autorisé de l'Ordre ainsi qu'à toute autre personne autorisée à les recevoir en vertu de la loi. Toute personne qui soumet une demande de délivrance de permis visée par le présent formulaire a l'obligation de compléter intégralement ce dernier et y joindre les documents requis, à défaut de quoi sa demande pourrait être refusée. Toute personne peut avoir accès à son dossier et y faire rectifier des renseignements. Pour ce faire, veuillez faire parvenir une demande écrite en ce sens à la personne responsable de l'accès aux documents de l'OEQ à servicesjuridiques@oeq.org .