



DEMANDE D'ADMISSION/ FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES À TITRE DE THÉRAPEUTE CONJUGAL ET FAMILIAL



Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

Du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Réservé à l'Ordre | Date de réception à l'OTSTCFQ |
| | |
| | |
| | |

**VOIR
GUIDE
LIGNE**

015

Pour assurer le bon traitement de votre dossier, il est important que vous retourniez ce document dans son intégralité, dûment rempli et accompagné de **tous** les documents et paiements requis.

À cet effet, veuillez vous référer au document « Conditions et procédure d'admission » s'appliquant à votre situation, disponible sur notre site Internet: www.otstcfq.org.

Codification

| | | |
|------------------------------------|----------------|-------------------------|
| RÉGION DU DOMICILE PROFESSIONNEL : | N° DE PERMIS : | N° DE CLIENT : |
| | | |
| | | Inscription le : / / |

100

IDENTIFICATION

| | | |
|----------------------------|---|---------------------|
| NOM À LA NAISSANCE | ADRESSE (n° d'immeuble, rue, appartement) | |
| | | |
| PRÉNOM | VILLE, PROVINCE, PAYS | |
| | | |
| DATE DE NAISSANCE | CODE POSTAL | TÉLÉPHONE RÉSIDENCE |
| | | |
| | | |
| CITOYENNETÉ | CELLULAIRE | TÉLÉCOPIEUR |
| | | |
| | | |
| SEXE | | |
| F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | |

CORRESPONDANCE DE L'ORDRE

ADRESSE ÉLECTRONIQUE QUE L'ORDRE DOIT UTILISER POUR CORRESPONDRE AVEC VOUS

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

125

LANGUES

| | | |
|----------|--------------------------|------------------|
| LANGUE | PARLÉE | |
| Français | <input type="checkbox"/> | |
| Anglais | <input type="checkbox"/> | |
| Autre | <input type="checkbox"/> | Précisez : _____ |



130 Renseignements professionnels
ÊTES-VOUS MEMBRE EN RÉGLE D'UN OU DE PLUSIEURS ORDRES PROFESSIONNELS AU QUÉBEC?

135 ÊTES-VOUS MEMBRE D'AUTRES INSTANCES RÉGLEMENTAIRES CANADIENNES EN TRAVAIL SOCIAL? Si oui (précisez) :

ÊTES-VOUS DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE PSYCHOTHÉRAPEUTE DÉLIVRÉ PAR L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES?

Oui Non

ÊTES-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION CANADIENNE? Si oui (précisez) :

Oui Non

200 Formation en thérapie conjugale et familiale complétée

NOM DE L'ÉCOLE DE FORMATION OU DE L'INSTITUTION UNIVERSITAIRE

PAYS

ANNÉE

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Autres formations universitaires complétées

DIPLOME DOMAINE NOM DU DOMAINE

UNIVERSITÉ NOM DE L'UNIVERSITÉ

PAYS

ANNÉE

| DIPLOME | DOMAINE | NOM DU DOMAINE | UNIVERSITÉ | NOM DE L'UNIVERSITÉ | PAYS | ANNÉE |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

305 **Secteur d'activité ou Statut** Toute personne a l'obligation légale de répondre à cette question. SECTEUR D'ACTIVITÉS / STATUT 310 **EMPLOYEUR** exemple : CISSS de Lanaudière

NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL

 Lieu de travail principal (Vous devez cocher un seul lieu de travail principal)**LIEU DE TRAVAIL** exemple : CLSC Lamater

TÉLÉPHONE

POSTE TÉL.

ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL

2^e N° DE TÉL. / CELLULAIRE

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉCOPIEUR

COURRIER ÉLECTRONIQUE

TITRE D'EMPLOI

320 **Renseignements professionnels**

FONCTION

CHAMPS DE PRATIQUE

TYPE DE CLIENTÈLE DESSERVIE

ORIENTATIONS
THÉORIQUESAPPROCHES OU MÉTHODES
D'INTERVENTIONSERVICES OFFERTS,
PROBLÉMATIQUES PRÉSENTÉESAUTRE SERVICE OFFERT
NON INCLUS DANS LA LISTE340 **Pratique autonome** À ce lieu de travail, EXERCEZ-VOUS EN PRATIQUE AUTONOME?(Selon l'article 60 du Code des professions vous avez l'obligation légale de remplir cette section si vous exercez en pratique autonome.)

Code Signification

Vous avez également l'obligation de souscrire à l'assurance responsabilité professionnelle de l'OTSTCFQ

Votre bureau possède-t-il des
installations adaptées aux
personnes handicapées?

- 1 Oui temps plein
2 Oui temps partiel
3 Non

0 à 7 heures 8 à 15 heures 16 à 23 heures 24 à 31 heures

Oui Non 305 **Secteur d'activité ou Statut** Toute personne a l'obligation légale de répondre à cette question. SECTEUR D'ACTIVITÉS / STATUT 310 **EMPLOYEUR** exemple : CISSS de Lanaudière

NOM DE L'EMPLOYEUR

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL

 Lieu de travail principal (Vous devez cocher un seul lieu de travail principal)**LIEU DE TRAVAIL** exemple : CLSC Lamater

TÉLÉPHONE

POSTE TÉL.

ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL

2^e N° DE TÉL. / CELLULAIRE

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉCOPIEUR

COURRIER ÉLECTRONIQUE

TITRE D'EMPLOI

320 **Renseignements professionnels**

FONCTION

CHAMPS DE PRATIQUE

TYPE DE CLIENTÈLE DESSERVIE

ORIENTATIONS
THÉORIQUESAPPROCHES OU MÉTHODES
D'INTERVENTIONSERVICES OFFERTS,
PROBLÉMATIQUES PRÉSENTÉESAUTRE SERVICE OFFERT
NON INCLUS DANS LA LISTE340 **Pratique autonome** À ce lieu de travail, EXERCEZ-VOUS EN PRATIQUE AUTONOME?(Selon l'article 60 du Code des professions vous avez l'obligation légale de remplir cette section si vous exercez en pratique autonome.)

Code Signification

Vous avez également l'obligation de souscrire à l'assurance responsabilité professionnelle de l'OTSTCFQ

Votre bureau possède-t-il des
installations adaptées aux
personnes handicapées?

- 1 Oui temps plein
2 Oui temps partiel
3 Non

0 à 7 heures 8 à 15 heures 16 à 23 heures 24 à 31 heures

Oui Non **Si vous exercez à d'autres endroits, veuillez remplir l'Annexe A du Guide de référence et retournez-la avec votre formulaire d'inscription.**

**340** **Service de références en pratique autonome**

suite

Les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux en pratique autonome sont inscrits au Service de références du site Web de l'Ordre. Un moteur de recherche est à la disposition de la clientèle afin d'obtenir des références de professionnels avec des critères de sélection (exemples : par région, services offerts, etc.). L'Ordre offre à la population des références téléphoniques et l'envoi par la poste ou par télécopieur d'une liste de professionnels. Toutefois, si vous désirez vous en exclure, remplir obligatoirement l'annexe E.

400 **Transmission de renseignements**

Acceptez-vous que l'Ordre communique vos nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel à des entreprises avec lesquelles l'Ordre a conclu des ententes commerciales à l'intention de ses membres (p. ex., services bancaires, assurance habitation et auto)?

Si vous ne désirez pas recevoir les courriels en provenance d'un tiers, veuillez répondre NON (Loi C-28)

Code Signification

| | | |
|---|-----|--------------------------|
| O | Oui | <input type="checkbox"/> |
| N | Non | <input type="checkbox"/> |

Acceptez-vous que l'Ordre communique vos nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel à des tiers à des fins de recherche, de sondage ou de statistiques?

Code Signification

| | | |
|---|-----|--------------------------|
| O | Oui | <input type="checkbox"/> |
| N | Non | <input type="checkbox"/> |



Si votre domicile professionnel est votre résidence parce que vous êtes sans emploi, étudiant, sur une liste de disponibilité sans rémunération, à l'emploi dans un autre domaine, hors Québec ou retraité et que vous ne désirez pas que cette information soit diffusée sur le site web de l'Ordre, **complétez l'Annexe G du Guide de référence.**

À défaut d'avoir répondu, vous êtes réputé avoir consenti à la communication de vos coordonnées à des tiers. En tout temps, vous pouvez modifier votre choix en communiquant avec la réception de l'OTSTCFQ.

600 **Déclarations obligatoires**

Vous êtes tenu de remplir les sections 610 et 620 si vous faites ou si vous avez fait l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire visée aux articles 45, 45.1 et 45.2 du Code des professions.

En ce qui a trait aux documents demandés faisant suite à une décision disciplinaire ou judiciaire, vous êtes dans l'obligation de les fournir sauf si vous avez déjà envoyé lesdits documents à l'Ordre.

610 **Décisions disciplinaires**

Si vous avez fait l'objet d'une décision disciplinaire de culpabilité, vous avez l'obligation d'en informer l'Ordre et ce, conformément aux articles 45, 45.1 et 45.2 du Code des professions.

OUI J'AI FAIT L'OBJET D'UNE DÉCISION DISCIPLINAIRE D'UN ORDRE PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS OU D'UN ORGANISME PROFESSIONNEL ÉQUIVALENT DANS UNE AUTRE PROVINCE CANADIENNE OU À L'ÉTRANGER M'IMPOSANT UNE SANCTION.
(remplissez l'Annexe C et retournez-la avec votre formulaire d'inscription)

620 **Décisions judiciaires**

Si vous avez déjà fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle, vous avez l'obligation d'en informer l'Ordre, et ce, conformément aux articles 45, 45.1 et 45.2 du Code des professions.

NE PAS REMPLIR SI VOUS EN AVEZ OBTENU LE PARDON OU SI VOUS EN AVEZ DÉJÀ INFORMÉ L'ORDRE.

OUI J'AI FAIT L'OBJET D'UN JUGEMENT D'UN TRIBUNAL CANADIEN OU ÉTRANGER ME DÉCLARANT COUPABLE D'UNE INFRACTION CRIMINELLE.
(remplissez l'Annexe C et retournez-la avec votre formulaire d'inscription)

700 **ATTESTATION DE VÉRACITÉ ET SERMENT D'OFFICE****710** **Attestation de véracité**

720

Je, soussigné(e), atteste que tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont exacts et complets.

Serment d'office

Je, soussigné(e), m'engage à remplir avec honnêteté, fidélité et justice les devoirs imposés au thérapeute conjugal et familial par le Code des professions et les règlements de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, notamment à préserver le secret quant aux renseignements de nature confidentielle qui viendront à ma connaissance dans l'exercice de ma profession.

**Signature
et date
obligatoires**

**X**

SIGNATURE

X

DATE

Voir Règlement dans le Guide de référence section Assurance de la responsabilité professionnelle

Quel que soit votre titre d'emploi, si vous exercez comme T.S. ou T.C.F. à temps plein, à temps partiel ou occasionnellement, vous êtes tenu d'adhérer au contrat du régime collectif d'assurance de la responsabilité professionnelle souscrit par l'Ordre. Ce régime établit une garantie contre la responsabilité que peut encourir un membre en raison des fautes ou négligences commises dans l'exercice de sa profession. Toutefois, le règlement permet certaines exemptions.

Afin de vous aider à déterminer votre admissibilité à une exemption, voici quelques exemples de situations courantes :

- Vous êtes sans emploi, sur une liste de disponibilité sans rémunération, en congé prolongé, vous exercez dans un autre domaine que le travail social ou la thérapie conjugale et familiale ou vous exercez la profession hors du Québec, cochez le 1er paragraphe.
- Vous exercez exclusivement dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC, CH, CHSLD, CJ, CR), cochez le 3e paragraphe.
- Vous êtes inscrit exclusivement sur une liste de disponibilité avec rémunération d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, cochez le 3e paragraphe.
- Vous exercez dans un organisme communautaire, un organisme sans but lucratif, une entreprise privée ou vous faites du bénévolat à titre de T.S. ou T.C.F., cochez le 8e paragraphe et fournissez l'Annexe F dûment remplie par votre employeur. Si celui-ci ne

détient pas d'assurance de la responsabilité professionnelle, vous ne pouvez pas être exempté de l'obligation de souscrire à l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre et devez faire parvenir à l'Ordre le paiement, selon le taux en vigueur, pour souscrire au régime d'assurance de l'Ordre.

- Vous exercez à plus d'un endroit, cochez le 9e paragraphe et fournissez l'Annexe F si par exemple l'un des lieux de pratique est un organisme communautaire ou un organisme sans but lucratif détenant de l'assurance de la responsabilité professionnelle. Si l'un des employeurs ne détient pas cette assurance, vous devez souscrire à l'assurance de l'Ordre.
- Vous êtes rémunéré par une agence de placement, vous devez souscrire à l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'OTSTCFQ et vous ne pouvez pas faire une demande d'exemption.
- Vous exercez en pratique autonome (à temps plein ou partiel), vous devez souscrire à l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'OTSTCFQ et vous ne pouvez pas faire une demande d'exemption.
- Vous êtes membre retraité et ne faites aucune activité bénévole en travail social ou en thérapie conjugale et familiale, cochez le 1er paragraphe.



1120

Demande d'exemption

RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES MEMBRES DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC

Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 93 par. d)

DEMANDE D'EXEMPTION (art. 3)

Je, soussigné,

NOM

travailleur social ou thérapeute conjugal et familial, déclare :

- [] 1° je **n'exerce pas la profession**, ni n'exerce en aucune façon les activités professionnelles mentionnées au paragraphe d de l'article 37 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) [Pour un thérapeute conjugal et familial: je n'exerce pas la profession, ni n'exerce en aucune façon les activités professionnelles mentionnées que je peux exercer, en outre de celles qui me sont autrement permises par la loi];
- [] 2° je poursuis à temps plein et de façon exclusive des **études universitaires** de deuxième ou de troisième cycle se rapportant au travail social [Pour un thérapeute conjugal et familial: je poursuis à temps plein et de façon exclusive des études universitaires de deuxième ou de troisième cycle se rapportant à la thérapie conjugale et familiale];
- [] 3° je suis au service exclusif d'un établissement au sens de la **Loi sur les services de santé et les services sociaux** (L.R.Q., c. S-4.2) ou d'un **centre de services de santé et de services sociaux** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5);
- [] 4° je suis au service exclusif d'une **commission scolaire** ou du **Conseil scolaire** de l'île de Montréal;
- [] 5° je suis au service exclusif du **gouvernement du Québec** et nommé ou rémunéré suivant la Loi sur la **fonction publique** (L.R.Q., c. F-3.1.1);
- [] 6° je suis au service exclusif d'un organisme dont le **gouvernement du Québec** ou l'un de ses ministres nomme la majorité des membres, dont la loi ordonne que le personnel soit nommé ou rémunéré suivant la Loi sur la fonction publique ou dont le fonds social fait partie du domaine public, ou d'un organisme mandataire du gouvernement et désigné comme tel dans la loi;

[] 7° je suis au service exclusif de la **fonction publique du Canada** suivant la définition qu'en donne l'article 2 de la Loi sur les relations de travail dans la fonction publique (L.R.Q., 1985, c. P-35), des **Forces canadiennes** au sens de l'article 14 de la Loi sur la défense nationale (L.R.C., 1985, c. N-5) ou d'une société d'État au sens de l'article 83 (1) de la Loi sur la gestion des finances publiques (L.R.C., 1985, c. F-11) et mentionnée dans les annexes de cette loi;

[] 8° je suis au service exclusif d'une personne physique ou d'une personne morale **autre que celles visées au paragraphe 3° à 7°** et j'ai déposé auprès du secrétaire de l'Ordre un certificat attestant que cette personne se porte garante, prend fait et cause et répond financièrement des conséquences de toute faute ou négligence commise par moi dans l'exercice de ma profession, avec une garantie comportant les stipulations minimales prescrites à l'article 4 du Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;

[] 9° je suis au service, d'une manière exclusive, d'une ou de plusieurs personnes visées aux paragraphes 3° à 8° et, dans le cas où l'une de ces personnes est celle visée au paragraphe 8°, j'ai déposé, auprès du secrétaire de l'Ordre, un certificat attestant que cette personne se porte garante, prend fait et cause et répond financièrement des conséquences de toute faute ou négligence commise par moi dans l'exercice de ma profession, avec une garantie comportant les stipulations minimales prescrites à l'article 4 du Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

Je déclare que les informations ci-dessus sont exactes et je m'engage à aviser sans délai par écrit le secrétaire de l'Ordre de tout changement modifiant de quelque façon la cause de mon exemption d'adhérer au contrat du régime collectif d'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre.

Et j'ai signé, à

VILLE

le

jour du mois de

de l'an 201

DATE

MOIS

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES

X

SIGNATURE