

Veillez retourner votre demande signé au:

Ministère de la Santé
 Direction des soins primaires
 Prestation des programmes de santé dans le Nord
 Téléc: 705-564-7493
 Adresse de Courriel : NPRI@ontario.ca

Pour remplir la présente demande, veuillez lire et signer la déclaration qui se trouve à la page 2.

Les paiements seront déposés par le système de paiement des demandes de règlement de l'Assurance-santé de l'Ontario et se retrouveront sous la section rajustement comptable de votre avis de versement de l'Assurance-santé de l'Ontario.

Ca sera votre responsabilité de veiller à ce que vos coordonnées bancaires sont exacts.

La date limite de présentation est le 31 mars 2025

Renseignements de contact du médecin

Nom		Prénom		Initiales	
Adresse professionnelle					
N° du bureau		N° civique		Rue	
Ville		Province		Code postal	
N° de téléphone		Adresse courriel			
N° de permis de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario		N° de facturation pour l'assurance-santé de l'Ontario		N° d'identification auprès du CRMCC	
Médecin de famille / omnipraticien ou spécialité					

Adresse postale personnelle

N° du bureau		N° civique		Rue	
Ville		Province		Code postal	
				N° de téléphone	

Avez-vous reçu d'autres primes d'encouragement ou subventions (p. ex., NRRRI) au cours de la période du 1^{er} avril 2024 au mars 31 2025?

Non
 Oui (précisez)
 Prime (précisez) _____ Date de début (mm/aaaa)
 Date de fin (mm/aaaa)
 Subvention (précisez) _____

Déterminez-vous actuellement des droits hospitaliers **actifs**? (**Note** : La preuve des privilèges **actifs** d'hôpital doit être jointe.)

Oui Nom de l'hôpital _____ Médecin-chef _____
 Non Avez-vous exercé à temps plein en Ontario pendant plus de 25 ans?
 Non Oui (date de début mm/aaaa) _____

Avez-vous déjà détenu des droits hospitaliers **actifs**? (**Note** : La preuve des privilèges d'hôpital doit être jointe.)

Non Oui (pendant combien d'années) _____ années

À quelle catégorie de personnel médical appartenez-vous actuellement?

Nom de l'hôpital _____ Médecin-chef _____

Avez-vous exercé à temps plein dans de Nord de l'Ontario de façon continue au cours des quatre dernières années (à compter du 1^{er} avril, 2021)? Oui Non

Continuerez-vous à exercer à temps plein dans le Nord de l'Ontario pour la période allant jusqu'au 31 mars 2025 inclusivement? Oui Non

Si vous avez exercé dans un ou des endroits autres que votre collectivité actuelle au cours des quatre dernières années, donnez des précisions :

Déclaration et Consentement

Je reconnais qu'afin de recevoir la prime d'encouragement annuelle de l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord, il est ma responsabilité personnelle de respecter les délais et les conditions qui apparaissent dans le présent document.

Par les présentes, je déclare ce qui suit :

1. J'exerce à temps plein dans le Nord de l'Ontario (défini les districts d'Algoma, de Cochrane, de Kenora, de Manitoulin, de Nipissing, de Parry Sound, de Muskoka, de Rainy River, de Sudbury, de Thunder Bay et de Timiskaming);
2. J'ai exercé à temps plein dans le Nord de l'Ontario continuellement au cours des quatre dernières années et je continuerai de le faire jusqu'au 31 mars 2025;
3. Je détiens un certificat d'inscription valide pour exercer la médecine en Ontario de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario;
4. Comme spécialiste, je détiens un certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC);
5. Je détiens un numéro de facturation pour l'Assurance-santé et des droits de facturation;
6. a) Je détiens des droits hospitaliers actifs (**ci-joint la preuve de droits hospitaliers actifs**).

ou

b) J'ai exercé en Ontario pendant plus de 25 ans, durant lesquels j'ai détenu des droits hospitaliers actifs; j'ai conservé une autre catégorie de personnel médical reconnue dans l'hôpital (**ci-joint la preuve de droits hospitaliers actifs**); je continue d'exercer à temps plein dans la collectivité.

Consentement :

Le ministère de la Santé est autorisé à collecter les renseignements personnels exigés dans le présent formulaire à fins d'administrer correctement l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord du ministère aux termes de la disposition 4 du paragraphe 6(1) ou de l'alinéa 6(2) (b) de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, L.R.O. 1990, chap. M.26. Les renseignements personnels serviront à évaluer, vérifier et contrôler l'admissibilité à participer à l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord et au paiement. Pour des renseignements concernant cette collecte, communiquez avec la Prestation des programmes de santé dans le Nord par téléphone au : 705-564-7280 ou sans frais au 1-866-727-9959 ou par courriel à NPRI@ontario.ca

J'accepte de coopérer pleinement avec le ministère de la Santé, ou avec ses agents, à toute évaluation du programme. De plus, je consens à la divulgation de mes renseignements personnels, contenus dans tous les dossiers du ministère de la Santé concernant l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord pour l'évaluation du programme.

J'autorise et j'accepte la collecte et/ou le partage de mes renseignements personnels entre le ministère de la Santé et d'autres sources (notamment le médecin-chef et le directeur général de l'hôpital) afin de déterminer mon admissibilité à l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord.

Je comprends que si je ne satisfais plus aux exigences d'admissibilité, je ne serai plus admissible à recevoir la prime d'encouragement de l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord.

Je comprends que si je reçois de l'argent de l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord auquel je n'ai pas droit, le ministère peut recouvrir ce montant par tous les moyens licites, y compris sans toutefois s'y limiter, en déduisant cette somme de tout montant que doit me verser l'Assurance-santé ou de tout montant qui m'est payable aux termes d'une entente de financement de remplacement.

J'aviserai par écrit l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord (à l'adresse électronique indiquée plus haut) de toute modification aux renseignements fournis dans le présent formulaire de demande.

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais et exacts.

Signature du médecin

Date

La date limite de présentation est le 31 mars 2025