

## Formulaire de demande : Services de la SPIIC

### Instructions

Des renseignements sur les cotisations de la SPIIC et des explications détaillées se trouvent à la [section 7](#). Si vous avez besoin d'aide pour une partie de la demande, cliquez sur le point d'interrogation (?) pour obtenir plus d'informations.

### Section 1: Renseignements professionnels

Désignation	<input type="checkbox"/> Infirmier ou infirmière immatriculé(e)/autorisé(e)    Infirmier ou infirmière auxiliaire <input type="checkbox"/> Infirmier ou infirmière praticien(ne)		
Province d'inscription			
Numéro d'immatriculation ou numéro de permis:		Année de graduation (à partir de l'entrée):	
Êtes-vous présentement employé(e)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Êtes-vous employé(e) en tant qu'entrepreneur indépendant?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

### Section 2: Coordonnées personnelles

Prénom:		Initiale(s):		Nom de famille:	
Ancien nom de famille (si applicable):				Date de naissance (aaaa/mm/jj):	
Numéro de téléphone primaire:		Autre numéro de téléphone:			
Adresse postale:					
Ville:		Province:		Code postale:	
Adresse courriel personnelle (aux fins d'opérations):					
Confirmez votre adresse courriel personnelle:					
Je consens à ce que la SPIIC utilise mon adresse électronique pour m'informer de renseignements importants.	<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je n'accepte pas	Langue de correspondance préférée:	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		

## Section 3: Protection en matière de responsabilité professionnelle et services de base

J'aimerais adhérer à la protection en matière de responsabilité professionnelle pour la période suivante (Veuillez noter que la date de prise d'effet de la protection sera celle de la réception de votre demande et de votre paiement) :

- Période se terminant le 31 décembre 2024\*\* et la période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025
- Période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025

Veuillez consulter la [section 7](#) pour les frais

\*\*Il n'est plus possible de sélectionner le reste de 2024 comme seule période d'inscription. Si vous choisissez de commencer votre inscription aujourd'hui, elle s'étendra automatiquement à la prochaine période d'inscription complète.

## Section 4: Programme de Protection supplémentaire (facultatif)

Le [Programme de protection supplémentaire](#) de la SPIIC est un service facultatif qui élargit les circonstances dans lesquelles vous pouvez solliciter les services d'aide juridique de la SPIIC si des plaintes sont adressées à votre organisme de réglementation des soins infirmiers (collège ou association) en lien avec des soins que vous avez fournis. L'inscription au Programme de protection supplémentaire n'est pas obligatoire en vue de satisfaire à votre exigence de protection en matière de responsabilité professionnelle.

J'aimerais adhérer au programme de Protection supplémentaire pour la période suivante :

- Période se terminant le 31 décembre 2024\*\* et la période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025: 210\$ + TPS
- Période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025: 140\$ + TPS
- Non, je ne veux pas adhérer à la programme de Protection supplémentaire de la SPIIC.

\*\*Il n'est plus possible de sélectionner le reste de 2024 comme seule période d'inscription. Si vous choisissez de commencer votre inscription aujourd'hui, elle s'étendra automatiquement à la prochaine période d'inscription complète.

## Section 5: Acceptation des conditions et certification

### Conditions générales

J'atteste que toutes les déclarations et informations contenues dans la présente demande sont véridiques au meilleur de mes connaissances.

Je comprends que la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) peut vérifier toutes les informations fournies dans cette demande. En signant ce formulaire, j'autorise la SPIIC à enquêter sur toutes les déclarations et informations qui y sont contenues. Je comprends et accepte que toute déclaration fautive ou trompeuse contenue dans la présente demande, ainsi que toute omission significative, peuvent être un motif de refus ou de révocation de mon statut de bénéficiaire de la SPIIC.

Je comprends que les renseignements personnels que je fournis seront utilisés par la SPIIC à des fins transactionnelles (par exemple, pour me contacter à propos d'une demande d'assistance, ou pour me fournir des informations importantes liées aux services de la SPIIC, pour mon éligibilité à ces services, ou à propos de

changements importants dans la loi ou des informations sur champ de pratique) sans autre consentement ou autorisation.

Je comprends qu'en m'identifiant en tant que membre d'une association provinciale d'infirmières et d'infirmiers, j'autorise la SPIIC à vérifier mon statut de membre auprès de cette association, et à cette fin, de lui communiquer mes renseignements personnels.

Je comprends que je dois signaler à la SPIIC tout changement de renseignements personnels (nom, coordonnées, catégorie d'inscription, etc.) le plus rapidement possible.

Si je suis ou deviens infirmière praticienne ou infirmier praticien (IP), je dois adhérer à la SPIIC en tant que tel(le) afin de bénéficier d'une protection en matière de responsabilité dans le cadre du champ d'exercice prévu pour les IP.

Je comprends que mon admissibilité aux services de base de la SPIIC (et à la Protection supplémentaire, si j'y ai adhéré) sera conditionnelle à ce que je sois bénéficiaire de la SPIIC et que je détiens un permis d'exercice ou une inscription en vigueur au moment où survient l'événement pouvant donner lieu à une enquête, une réclamation ou une action en justice.

Je déclare avoir lu et compris les dispositions des [Règlements de la SPIIC](#) ayant trait à l'assistance, qui stipulent les modalités de l'assistance de la SPIIC. Je comprends que l'assistance de la SPIIC est accordée sur une base discrétionnaire, et que chaque demande d'assistance sera traitée selon les circonstances de chaque cas selon les pratiques et procédures de la Société en vigueur au moment de la réception de la demande.

De plus, je comprends que j'ai l'obligation de déclarer à la SPIIC, le plus rapidement possible, tout incident pouvant donner lieu à une plainte ou à une réclamation, toute menace, demande d'indemnisation, plainte ou procédure judiciaire en lien avec ma pratique infirmière. De plus je comprends que je dois collaborer avec la SPIIC dans tous les cas où son assistance m'est accordée. Je comprends que les services offerts par la SPIIC et, plus particulièrement, la protection en matière de responsabilité professionnelle et d'assistance juridique, ne s'appliquent généralement pas à ma société professionnelle ou à toute autre forme d'entité commerciale.

Je comprends que la protection en matière de responsabilité professionnelle est une condition de l'exercice de la pratique infirmière dans la plupart des provinces et territoires canadiens. En soumettant cette demande, j'autorise la SPIIC à confirmer auprès de mon organisme de réglementation (ordre ou association professionnelle) ainsi que de mon employeur ou l'établissement dans lequel j'exerce ou compte exercer la pratique infirmière que je suis bénéficiaire de la SPIIC et que je suis admissible à la protection en matière de responsabilité professionnelle de la SPIIC.

## **Protection supplémentaire**

Si j'ai fait une demande d'adhésion à la Protection supplémentaire, je comprends qu'en plus des conditions mentionnées ci-dessus, mon admissibilité à la Protection supplémentaire sera conditionnelle à ce que :

- Je sois bénéficiaire de la SPIIC,
- Je détiens un permis d'exercice en vigueur au moment où surviennent les événements qui donnent lieu à la plainte ou à une enquête
- Mon adhésion à la Protection supplémentaire soit en place à la survenance et pendant toute la durée de la conduite qui a donné lieu à la plainte et que cette adhésion soit aussi en place lorsque la plainte a été déposée

Si j'ai fait une demande d'adhésion à la Protection supplémentaire, je comprends que l'assistance juridique qu'offre la SPIIC ne s'applique pas généralement aux procédures d'assurance de la qualité; aux appels ou aux demandes de révision judiciaire; ainsi qu'au paiement des frais ou autres dépenses, tels que les frais liés aux évaluations médicales ou professionnelles, aux recours imposées à ou acceptées par l'infirmière ou l'infirmier, aux cours ou formations, aux dépenses personnelles pour rencontrer un avocat, assister à une réunion au siège de l'organisme de réglementation ou à une audition, etc. Je comprends également que la Protection supplémentaire de la SPIIC ne constitue pas une source de financement en sus de l'assistance obtenue auprès d'un autre fournisseur dans le cadre d'une plainte déposée auprès d'un organisme de réglementation, d'un appel ou d'une révision judiciaire liée à une procédure réglementaire.

Si j'ai fait une demande d'adhésion à la Protection supplémentaire, je comprends que la SPIIC peut partager mes renseignements personnels, y compris mon nom, mon adresse et mon numéro d'identification de la SPIIC, avec un assureur aux fins de couverture des plaintes disciplinaires ou plaintes en lien avec l'aptitude ou les compétences professionnelles. En acceptant les présentes conditions, je consens à ce que la SPIIC partage mes renseignements personnels avec un assureur à ces fins. Je comprends que si ma demande d'adhésion à la Protection supplémentaire de la SPIIC est acceptée, je ne serai pas admissible à l'assistance si les circonstances ayant donné lieu à une enquête sont survenues avant ma demande.

## Acceptation

En procédant à cette transaction, j'atteste que les déclarations et les informations contenues dans ce formulaire de demande sont vraies et correctes au meilleur de ma connaissance, et j'accepte les conditions de la SPIIC telles qu'énumérées ci-dessus. Conformément au [Code de protection des renseignements personnels de la SPIIC](#), vous pouvez choisir de vous désabonner à tout moment en cliquant sur le lien « Se désabonner » dans nos courriels ou en [nous contactant](#).

Signature du requérant.e

Date (aaaa/mm/jj)

## Section 6: Comment soumettre votre demande

Veuillez soumettre votre formulaire complété à la Société de Protection des infirmières et infirmiers du Canada en utilisant l'une des méthodes suivantes:

**Courriel:** [registration@cnps.ca](mailto:registration@cnps.ca)

**Poste:** Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

700-160 rue Elgin, Ottawa ON K2P 2P7

Fax: (613) 237-6300

**Important:** Pour devenir bénéficiaire des services de base de la SPIIC, vous devez soumettre un formulaire complété ainsi que le montant total du paiement.

**Inscription et Paiement:** Une fois que la SPIIC aura reçu et aura confirmé la réception de votre formulaire de demande complété, une facture vous sera envoyée dans les deux jours ouvrables suivants. Une fois que nous aurons traité avec succès votre inscription et votre paiement, nous vous enverrons un courriel confirmant votre admissibilité aux services de base de la SPIIC. Veuillez prévoir un délai de 10 jour ouvrable pour la confirmation de votre admissibilité.

## Section 7: Cotisations et explications détaillées

### **Protection en matière de responsabilité professionnelle (Bénéficiaire individuel):**

#### **Infirmière ou infirmier immatriculé(e):**

Pour la période se terminant le 31 décembre 2024\*\* et la période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025 : 218\$ + TPS

Période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025 : 145\$ + TPS

\*\*Il n'est plus possible de sélectionner le reste de 2024 comme seule période d'inscription. Si vous choisissez de commencer votre inscription aujourd'hui, elle s'étendra automatiquement à la prochaine période d'inscription complète.

#### **Infirmière ou infirmier praticien(ne) (IP):**

Pour la période se terminant le 31 décembre 2024\*\* et la période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025 : 540\$ + TPS

Période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025 : 360\$ + TPS

\*\*Il n'est plus possible de sélectionner le reste de 2024 comme seule période d'inscription. Si vous choisissez de commencer votre inscription aujourd'hui, elle s'étendra automatiquement à la prochaine période d'inscription complète.

#### **Facultatif – Programme de Protection supplémentaire:** Assistance pour les questions de réglementation

Pour la période se terminant le 31 décembre 2024\*\* et la période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025 : 210\$ + TPS

Période du 1 janvier 2025 au 31 décembre 2025 : 140\$ + TPS

\*\*Il n'est plus possible de sélectionner le reste de 2024 comme seule période d'inscription. Si vous choisissez de commencer votre inscription aujourd'hui, elle s'étendra automatiquement à la prochaine période d'inscription complète.

### **Explications:**

#### **Section 1: Renseignements professionnels**

##### **Êtes-vous présentement employé(e)?**

Si votre employeur déduit les impôts sur le revenu et procède à d'autres déductions à la source, vous êtes probablement un.e employé.e.

[< Retour à la question >](#)

##### **Êtes-vous entrepreneur indépendant?**

Si votre employeur ne retient pas d'impôts sur le revenu et/ou d'autres déductions à la source ou si vous offrez des soins infirmiers à titre de propriétaire d'une corporation professionnelle ou une autre forme d'entité corporative, vous êtes probablement un entrepreneur indépendant.

[< Retour à la question >](#)

#### **Section 2: Coordonnées**

##### **Je consens à ce que la SPIIC utilise mon adresse courriel pour me faire part de renseignements importants:**

La SPIIC utilisera votre adresse courriel à des fins transactionnelles, y compris les développements juridiques importants.

La SPIIC pourrait également utiliser, avec votre consentement, votre adresse électronique pour vous m'informer de renseignements importants de la Société, y compris, mais sans s'y limiter exclusivement, des informations concernant les webinaires, les événements, et autres publications.

Je comprends que je peux retirer mon consentement à l'utilisation de mon adresse courriel à des fins d'information en tout temps en sélectionnant la fonction SE DÉSINSCRIRE qui accompagne les communications ou en communiquant directement la SPIIC.

[< Retour à la question >](#)