



Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI)
Programme de soutien en santé - Résolution des questions des pensionnats indiens (PSS RQPI)
Programme pour les femmes et filles autochtones portées disparues et assassinée (FFADA)
Externats indiens fédéraux (EIF)

(RÉSERVÉ À SAC)	
Numéro de fournisseur	Date

ENTENTE DE FOURNISSEUR DE COUNSELING EN SANTÉ MENTALE PSS-RQPI, FFADA et EIF

Avis de confidentialité

Les renseignements personnels que vous fournissez au Ministère sont traités conformément à la [Loi sur la protection des renseignements personnels](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/index.html) (https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/index.html). Nous ne recueillons que les renseignements nécessaires à l'administration du Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens, du programme relatif aux femmes et aux filles autochtones disparues et assassinées ainsi que du programme relatif aux externats indiens fédéraux. La loi autorise la collecte de renseignements à cette fin. Nous avons besoin de ces renseignements pour le règlement et le paiement des demandes de remboursement, de même qu'à des fins de vérification. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués sans votre consentement, mais seulement conformément au paragraphe 8(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la collecte de renseignements personnels, veuillez consulter [Info Source](https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1353081939455/1353082011520) (https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1353081939455/1353082011520). En plus d'assurer la protection de vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne le droit d'accéder aux renseignements vous concernant et de les faire corriger. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels du Ministère, dont vous trouverez les [coordonnées](https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100010871/1360682361322) à l'adresse https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100010871/1360682361322. Vous avez le droit de déposer une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada si vous jugez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inappropriée.

- ▶ La présente entente (« entente avec le fournisseur ») entre sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre des Services aux Autochtones (« Services aux Autochtones Canada » ou « SAC »), et le fournisseur de services de counseling en santé mentale (ci-après nommé le « fournisseur ») établit les modalités concernant les critères d'admissibilité et les responsabilités des fournisseurs, de même que le processus de facturation de SAC pour les services de counseling en santé mentale fournis aux clients admissibles du PSS-RQPI, FFADA ou EIF.
- ▶ Les fournisseurs de services de counseling en santé mentale qui sont membres en règle d'un organisme de réglementation professionnel constitué en vertu d'une loi (« organisme de réglementation professionnelle ») et qui peuvent exercer de manière indépendante dans la province ou le territoire dans lequel le service est fourni peuvent être inscrits à titre de fournisseurs après avoir rempli et présenté les renseignements ci-dessous, à moins d'avis contraire. Les fournisseurs admissibles comprennent les travailleurs sociaux spécialisés en counseling clinique, les psychologues et les autres fournisseurs de services de santé mentale agréés ayant le droit d'exercer. D'autres fournisseurs peuvent être acceptés dans des circonstances exceptionnelles, de façon limitée, sous réserve de certaines conditions.

Entente de fournisseur pour : PSS RQPI FFADA Externats indiens fédéraux

Renseignements commerciaux

Nom du fournisseur (conseiller)	Genre <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Autre	Nom de l'entreprise ou de la société
---------------------------------	--	--------------------------------------

Adresse (numéro et rue)

Ville ou municipalité	Province ou territoire	Code postal	N° de téléphone	N° de poste	N° de télécopieur
-----------------------	------------------------	-------------	-----------------	-------------	-------------------

Fournir une liste d'autres bureaux et endroits où vous pouvez offrir des services (fournir l'adresse complète)

Communication par <input type="radio"/> Poste <input type="radio"/> Télécopieur <input type="radio"/> Courriel	Adresse courriel (s'il y a lieu)	N° d'entreprise/n° de société aux fins d'impôt (feuillelet T2) (Form. de dépôt direct doit être rempli pour garantir le paiement)
---	----------------------------------	--

Préférence linguistique <input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français	Langue dans laquelle vous pouvez offrir des services (sélectionner tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autochtone ▶ Veuillez préciser :
---	--

IMPORTANT: SAC peut conclure des ententes de service avec des fournisseurs de services de counseling en santé mentale pour offrir des services sur place, soit dans des communautés de Premières Nations ou d'Inuits, selon le barème d'honoraires, les taux de remboursement des déplacements et les politiques en vigueur. Cochez ci-dessous si vous souhaitez être pris en considération à cette fin.

Je souhaite être pris en considération ▶ **Remarque :** On pourrait communiquer avec vous pour en discuter davantage.



Renseignements professionnels

Titre professionnel : Je suis inscrit auprès d'un organisme de réglementation professionnelle en tant que :

- Psychologue agréé Travailleur social agréé Infirmier psychiatrique agréé
 Psychothérapeute agréé Autre conseiller professionnel reconnu par un organisme de réglementation

Si "Autre" (veuillez préciser) : _____

► **L'utilisation de ces titres est protégée par la législation provinciale ou territoriale.**

► **Votre autorisation professionnelle doit permettre la pratique clinique indépendante.**

Études : Baccalauréat Maîtrise Doctorat

Je ne suis pas inscrit auprès d'un organisme de réglementation professionnelle. Je souhaite être considéré comme un fournisseur d'exception.

Nom du conseiller	Organisme de réglementation	Numéro d'inscription

Veuillez joindre une copie confirmant l'obtention d'un permis auprès de l'organisme de réglementation ainsi qu'une copie de votre CV. Chaque conseiller qui fournit des services aux clients admissibles au PSS RQPI, FFADA ou EIF doit fournir ces renseignements et joindre d'autres pages au besoin.

Documents à l'appui (si nécessaire)

Titre	Mode de transmission

Vérification du casier judiciaire

J'ai fourni une vérification policière à mon organisme de réglementation dans le cadre de mon agrément professionnel ► Oui Non

Si votre organisme de réglementation n'exige pas une vérification de casier judiciaire, vous pourriez être invité à en fournir une à SAC à vos frais.

Engagements actuels en counseling en santé mentale

Veuillez fournir une liste des autres programmes fédéraux, provinciaux, territoriaux et communautaires de santé mentale avec lesquels vous avez une relation financière, y compris les arrangements en nature.

Documents à l'appui (si nécessaire)

Titre	Mode de transmission

**Renseignements supplémentaires (s'il y a lieu)**

Veillez noter que les coordonnées de votre bureau, votre titre professionnel et votre éducation / expérience, ainsi que les renseignements suivants peuvent être transmis aux clients ou aux communautés dans le but d'aider à trouver un fournisseur inscrit.

Je m'identifie volontairement en tant que personne autochtone.

Compétence culturelle et expérience avec les Premières Nations et les Inuits

La réalité des traumatismes intergénérationnels pour la santé mentale et des traumatismes culturels subis par des membres des Premières Nations et des Inuits a créé un grand besoin de sécurité culturelle chez les membres de ces communautés. Par conséquent, de nombreux membres des Premières Nations et des Inuits peuvent chercher des possibilités de counseling fourni de façon à respecter leur culture pour arriver à un bien-être mental.

Domaines d'expertise (sélectionner tout ce qui s'applique)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensionnats indiens | <input type="checkbox"/> Externats indiens | <input type="checkbox"/> FFADA |
| <input type="checkbox"/> Intervention d'urgence | <input type="checkbox"/> Violence : sexuelle, physique, psychologique | <input type="checkbox"/> Deuil |
| <input type="checkbox"/> Perte | <input type="checkbox"/> Soins tenant compte des traumatismes subis | <input type="checkbox"/> Autodestruction ou automutilation |
| <input type="checkbox"/> Crises de panique | <input type="checkbox"/> Toxicomanie | <input type="checkbox"/> Violence, en tant que témoin |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Perte traumatique |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Violence/traumatisme pendant l'enfance | <input type="checkbox"/> Téléphone/vidéoconférence |
| <input type="checkbox"/> Estime de soi et confiance en soi | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Clients

Veillez sélectionner les clientèles que vous desservez dans votre pratique actuelle :

- Enfants Adolescents Adultes Personnes âgées Familles Groupes

Bureaux régionaux (numéros de téléphone)**Région de l'Atlantique (IPE, NE, NB, TNL)**

PSS-RQPI, FFADA et EIF :
Sans frais : 1-866-414-8111
Télécopieur : 1-866-963-7700

Région du Manitoba

PSS-RQPI, FFADA et EIF :
Sans frais : 1-866-818-3505
Télécopieur : 1-204-983-2160

Région du Nord

PSS-RQPI, FFADA et EIF :
Sans frais : 1-866-509-1769
Télécopieur : 1-867-667-3999

Région du Québec

PSS-RQPI, FFADA et EIF :
Sans frais : 1-877-583-2965
Télécopieur : 1-514-283-8067

Région de la Saskatchewan

PSS-RQPI, FFADA et EIF :
Sans frais : 1-866-250-1529
Télécopieur : 1-833-615-0379

Autorités sanitaires des Premières Nations de la Colombie-Britannique

PSS-RQPI, FFADA et EIF :
Sans frais : 1-877-477-0775
Télécopieur : 1-604-658-2833

Région de l'Ontario

PSS-RQPI, FFADA et EIF :
Sans frais : 1-888-301-6426
Télécopieur : 1-877-430-3306

Région de l'Alberta

PSS-RQPI, FFADA et EIF :
Sans frais : 1-888-495-6588
Télécopieur : 1-780-495-3184

Les coordonnées complètes de tous les programmes figurent sur le site Web suivant. Veuillez faire défiler la page vers le bas, jusqu'au bureau de votre région.

PSS-RQPI : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/contactez-nous/sante-premieres-nations-inuits-bureaux-regionaux.html>



Modalités

1. Je comprends que la présente entente avec le fournisseur vise la soumission et le paiement de factures pour des services du PSS-RQPI, FFADA et EIF. Je ne suis pas un entrepreneur ni un fournisseur de services de SAC. Je ne dois pas me présenter comme un agent ou un représentant de SAC en ce qui a trait aux services fournis aux clients du PSS-RQPI, FFADA ou EIF.
2. Je respecterai et je me tiendrai au courant des modalités actuelles du Guide sur les services de counseling en santé mentale – PSS-RQPI, FFADA et EIF, lequel est mis à jour périodiquement et publié sur le site Web de SAC, au moment d'offrir des services aux clients de ces programmes et de soumettre des demandes de paiement à SAC.
3. Dans les cas où un client du PSS RQPI, FFADA ou EIF est couvert par l'entremise d'un autre régime de santé (régime de santé mentale provincial, territorial ou privé), je ne chercherai pas à obtenir une autorisation et je ne soumettrai aucune facture au PSS RQPI, FFADA ou EIF pour quelque service que ce soit avant que le client n'ait été orienté vers un autre service ou programme de counseling, ou que ma facture pour les services rendus n'ait été soumise à l'autre régime de santé.
4. Je confirme que les services de counseling du PSS RQPI, FFADA ou EIF ne doivent être fournis que par des professionnels inscrits auprès d'un ordre professionnel provincial ou territorial en psychologie, en travail social ou en counseling en santé mentale, et à titre exceptionnel, par d'autres professionnels approuvés par SAC.
5. J'accepte de fournir tous les services conformément aux lois et aux règlements qui s'appliquent, y compris la possession des licences, des certificats ou des permis requis, la tenue de dossiers cliniques et la possession de l'assurance responsabilité nécessaire à la prestation de services de counseling en santé mentale.
6. Je confirme que les renseignements contenus dans la présente entente avec le fournisseur, y compris toutes les pièces jointes, sont exacts, complets et à jour, et que SAC peut valider en tout temps mon agrément auprès de l'association professionnelle applicable. J'informerai immédiatement SAC de la suspension ou de la fin de mon inscription auprès de cette association professionnelle.
7. J'accepte de fournir à SAC tous les documents justificatifs qu'il demande pour la vérification ou l'examen des factures que je lui soumettrai aux fins de paiement pour qu'il puisse s'assurer de la conformité aux modalités du programme applicable. Je collaborerai avec SAC dans le cadre de toute vérification ou de tout examen du genre et je fournirai toute donnée ou tout document demandé, conformément aux lois, aux règlements et aux normes professionnelles applicables. Je comprends que SAC exigera le remboursement de tout montant qui, selon le processus de vérification de SAC, a été versé de manière inappropriée, conformément aux modalités du programme applicable, et que SAC peut déduire ces montants de toute somme qui m'est due ou prendre des mesures pour m'obliger à les payer.
8. Je comprends que la présente entente sera immédiatement résiliée si l'on juge que j'ai soumis de fausses factures ou commis une faute professionnelle ou fait preuve d'incompétence dans ma pratique. Dans de tels cas, SAC communiquera avec le corps policier ou l'organisme de réglementation professionnel approprié.
9. Je comprends que SAC peut mettre fin à la présente entente et suspendre mes services à tout moment sans motif.
10. Je comprends que je peux mettre fin à la présente entente à tout moment en fournissant un avis écrit de résiliation.
11. Ce formulaire, une fois rempli, signé et présenté, puis accepté par SAC à la suite de l'inscription du fournisseur, constituera un accord juridique exécutoire entre les parties, pour la présentation et le paiement des factures pour des services de counseling en santé mentale fournis aux clients admissibles du PSS RQPI, FFADA ou EIF.

Fournisseur de service

Nom du fournisseur (conseiller)			Titre ou poste
Numéro de téléphone	N° de poste	Date (AAAAMMJJ)	Signature (pas d'estampe)