



**Registrar, Chief of Profession Regulation**  
Government of the Northwest Territories  
Department of Health and Social Services  
7th Floor, 5015 – 49 ST  
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9  
Phone: (867) 767-9067  
Email: [professional\\_licensing@gov.nt.ca](mailto:professional_licensing@gov.nt.ca)

## REQUIREMENTS FOR SOCIAL WORKER REGISTRATION / LICENSURE

All items, including the application and supporting documentation, may be emailed to [professional\\_licensing@gov.nt.ca](mailto:professional_licensing@gov.nt.ca).

A comprehensive review may not take place until all supporting documentation has been received. Once all documentation has been received, please allow up to 15 business days (3 weeks) for decision and processing.

1. Complete application form.
2. Copy of current/valid government issued photo ID
3. Copy of degree from a post-secondary institution accredited by the Canadian Association of Social Workers; **or**,  
Copy of diploma per the list approved Minister of Health and Social Services located here:  
<https://www.hss.gov.nt.ca/en/services/social-worker-licence/apply-social-work-licence>
4. Certificate(s) of Standing from all jurisdictions worldwide where you are both CURRENTLY and have PREVIOUSLY (within 15 years) been registered or licensed, submitted directly to the Registrar, Chief of Professional Regulation by the applicable regulatory authorities.
5. Three professional references submitted by the referee on the attached form. Referees must have known you for three years and can speak to your capacity as a Social Worker.
6. Criminal Records Check (dated within 6 months of application).
7. Current resume or C.V.
8. Copy of birth certificate or citizenship documentation (if Canadian citizen), or valid immigration or work permit (if not a Canadian citizen).
9. Cheque, money order, or credit card authorization, payable to the Government of the N.W.T., for the applicable registration and licensing fees (see last page of application).

**Issuance of the license certificate may be delayed or refused if the Applicant does not send all the documents specified above to the Office of the Registrar. / La délivrance du permis pourra être retardée ou refusée si le demandeur n'envoie pas tous les documents précisés ci-dessus au Bureau du registraire.**

**Registraire de la réglementation professionnelle**  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
5015, 49<sup>e</sup> Rue, 7<sup>e</sup> étage  
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9  
Téléphone : 867-767-9067  
Courriel : [professional\\_licensing@gov.nt.ca](mailto:professional_licensing@gov.nt.ca)

## EXIGENCES RELATIVES À L'INSCRIPTION ET AU PERMIS D'EXERCICE À TITRE DE TRAVAILLEUR SOCIAL

Envoyez tous les éléments, dont la demande et les documents justificatifs, par courriel au [professional\\_licensing@gov.nt.ca](mailto:professional_licensing@gov.nt.ca).

L'examen exhaustif de la demande peut ne pas avoir lieu avant que tous les documents justificatifs aient été reçus. Une fois tous les documents reçus, prévoyez jusqu'à 15 jours ouvrables (3 semaines) pour le traitement de la demande et la prise de décision.

1. Formulaire de demande dûment rempli.
2. Copie d'une pièce d'identité avec photo valide émise par un gouvernement
3. Copie d'un diplôme d'un établissement d'enseignement postsecondaire agréé par l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux.  
Copie du diplôme d'un établissement figurant sur cette liste du ministre de la Santé et des Services sociaux située ici :  
<https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/permis-travailleur-social/demande-permis-travailleur-social>.  
Au lieu d'une copie du diplôme, votre établissement postsecondaire figurant sur cette liste relevés de notes directement au registraire et responsable de la réglementation professionnelle.
4. Certificat(s) de toutes les administrations dans le monde où vous êtes ACTUELLEMENT ou avez DÉJÀ été inscrit ou titulaire d'un permis (dans les 15 dernières années) soumis au registraire et responsable de la réglementation professionnelle directement par les organismes de réglementation applicables.
5. Trois références professionnelles soumises par le répondant sur le formulaire ci-joint. Les répondants doivent avoir travaillé avec vous au cours des 3 dernières années et peuvent témoigner de votre capacité professionnelle en tant que travailleur social
6. Vérification du casier judiciaire (les obtenues dans 6 mois précédent la demande).
7. Curriculum vitae à jour
8. Copie du certificat de naissance ou de la preuve de citoyenneté (si vous avez la citoyenneté canadienne) ou copie du permis d'immigration ou de travail valide (si vous n'avez pas la citoyenneté canadienne).
9. Chèques, mandats de banque ou autorisations de cartes de crédit payables au Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest pour régler les frais d'inscription et les droits de permis applicables (voir la dernière page de la demande).



## APPLICATION FOR SOCIAL WORKER REGISTRATION/LICENSURE / DEMANDE D'INSCRIPTION ET DE PERMIS D'EXERCICE À TITRE DE TRAVAILLEUR SOCIAL

Last Name / Nom	First Name / Prénom	Middle Name / Second prénom
Apt # / Nº d'appartement	Street or postal box number / Rue ou case postale	
City, Town, Village / Collectivité, municipalité, ville	Province/State / Province ou état	Postal Code / Code postal
Business Address (if different from above) / Adresse d'affaires (si différente de l'adresse ci-dessus)		
Telephone: / Téléphone		
E-Mail (required): / Courriel (obligatoire) :  <i>Note: Primary means of communication will take place via email. / Remarque : Les communications seront principalement envoyées par courriel.</i>		
Date of Birth: (DD/MM/YY) / Date de naissance : (JJ-MM-AA) <hr/>	Language Fluency: / Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/> Other (specify): / Autre (veuillez préciser) :	
Intended practice location in the NWT. If practicing virtually, please indicate: Virtual. / Lieu d'exercice prévu aux TNO. Si vous vous exercez à distance, indiquez « À distance ».  <i>Note: Applicant must be fully licensed before beginning work / Remarque : Avant de commencer à travailler, le demandeur doit détenir un permis d'exercer aux TNO en règle.</i>		
Anticipated Start Date: / Date de début prévue : _____  <i>Note: Applicant must be fully licensed before beginning work / Remarque : Avant de commencer à travailler, le demandeur doit détenir un permis d'exercer aux TNO en règle.</i>		
Are you applying as / Présentez-vous une demande en tant que :  Registered Social Worker (Degree) / Travailleur social autorisé (baccalauréat) _____  Licensed Social Worker (Diploma) / Travailleur social diplômé (diplôme) _____		
Please list ALL jurisdictions WORLDWIDE where CURRENTLY and PREVIOUSLY (within last 15 years) registered/licensed. / Énumérez TOUTES les administrations dans le monde où vous êtes ACTUELLEMENT ou avez DÉJÀ été inscrit ou titulaire d'un permis (au cours des 15 dernières années).		
Province/Territory/Country Province, territoire ou pays		
1.	6.	
2.	7.	
3.	8.	
4.	9.	
5.	10.	



**Personal Information** (check all boxes that apply). / **Renseignements personnels** (cochez tout ce qui s'applique).

If the answer is yes to any of the following questions, provide full explanation/details on a separate sheet of paper. / Si vous répondez par l'affirmative à l'une des questions suivantes, veuillez fournir une explication détaillée sur une feuille séparée.

	YES OUI	NO NON
1. Have you ever had a license, registration or right to practice your profession or other health care profession revoked, suspended, or restricted in any way in any jurisdiction?  Est-ce qu'une province, un territoire, un état ou un pays a déjà révoqué, suspendu ou limité de quelque façon que ce soit votre permis d'exercice ou votre inscription au titre de votre profession ou de toute autre profession du domaine de la santé?		
2. Has there been any finding against you concerning unprofessional conduct, including professional misconduct, incompetence, incapacity, or lack of fitness to practice your profession or any other health care profession in the NWT or any other jurisdiction?  Avez-vous déjà été reconnu coupable de manquement au devoir de la profession, de faute professionnelle, d'incompétence, d'incapacité ou d'inaptitude à exercer votre profession ou toute autre profession du domaine de la santé aux TNO ou ailleurs?		
3. Have you ever been refused a license, permit or registration to practice your profession or any other health care profession in any jurisdiction?  Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercice ou une inscription au titre de votre profession ou de toute autre profession du domaine de la santé dans une province, un territoire, un état ou un pays?		
4. Have you ever been convicted of a criminal offense or an offense under the <i>Narcotic Control Act</i> (Canada), the <i>Food and Drug Act</i> (Canada), the <i>Controlled Drugs &amp; Substances Act</i> (Canada) or any other law in any jurisdiction that may be relevant to your profession?  Avez-vous été condamné dans une province, un territoire, un état ou un pays pour une infraction criminelle ou autre en vertu de la <i>Loi sur les stupéfiants</i> (Canada), de la <i>Loi sur les aliments et drogues</i> (Canada), de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> (Canada) ou de toute autre loi qui pourrait être pertinente pour votre pratique?		
5. Are you the subject of any allegation, complaint, or investigation for any reason whatsoever by your profession or other health profession's regulatory authority?  Faites-vous l'objet d'une allégation, d'une plainte ou d'une enquête pour quelque raison que ce soit de la part d'un organisme autorisé à délivrer des permis d'exercice au titre de votre profession ou de toute autre profession du domaine de la santé?		
6. Are you aware of any inquiry likely to be made by any authority, regulatory or otherwise, with respect to your conduct, personal behavior, or competence to practice your profession or other health professions?  Avez-vous connaissance d'une enquête qui pourrait être menée par tout organisme de réglementation ou autre concernant votre conduite ou vos compétences dans le cadre de votre profession ou de toute autre profession du domaine de la santé?		
7. Are you affected by or being treated for a physical, mental, or medical condition/illness, including an addiction, that may affect your ability to practice your profession?  Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème d'ordre physique, mental ou médical, y compris une dépendance, qui pourrait affecter votre capacité à exercer votre profession?		
8. Has there ever been a professional liability insurance claim made against you in respect to your profession or other health profession practice, in the NWT or any other jurisdiction?  Avez-vous déjà fait l'objet d'une poursuite pour faute professionnelle (assurance responsabilité) dans votre profession ou toute autre profession du domaine de la santé aux TNO ou ailleurs?		
9. Has there ever been a settlement or judgment in any civil lawsuit, or any coroner's inquest or verdict that relates to your practice, your profession, or other health care practitioner in the NWT or any other jurisdiction?  Y a-t-il déjà eu un règlement ou un jugement dans le cadre d'un procès civil, d'une enquête de coroner ou d'un verdict concernant votre pratique, votre profession ou toute autre profession du domaine de la santé aux TNO ou ailleurs?		
10. Have you previously applied for, or have you ever been issued, a license or certificate of registration for your profession in the Northwest Territories.  Avez-vous déjà demandé ou obtenu un permis ou un certificat d'inscription au titre de votre profession aux TNO?		



## Declaration / Déclaration

**I authorize** the Registrar, Chief of Profession Regulation to investigate and obtain from any person or persons such information as may be required in relation to this application. **I certify** that the statements and information provided in this application are true and complete and will be applied by the Registrar, Chief of Profession Regulation in determining applicant character. **I am aware** that misrepresentation or falsification may result in rejection of my application or withdrawal of registration.

**J'autorise** le registraire et responsable de la réglementation professionnelle à enquêter et à obtenir, auprès d'une ou de plusieurs personnes, les renseignements pouvant être nécessaires au traitement de cette demande. **J'atteste** que les déclarations et les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets et qu'ils seront utilisés par le registraire et responsable de la réglementation professionnelle pour déterminer le caractère de la personne ayant effectué la demande. **Je reconnaiss** que toute fausse déclaration ou falsification peut entraîner le rejet de ma candidature ou le retrait de mon inscription.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

All items, including the application and supporting documentation, may be emailed to [professional\\_licensing@gov.nt.ca](mailto:professional_licensing@gov.nt.ca) / Tous les éléments, y compris la demande et les documents justificatifs, peuvent être envoyés par courriel à l'adresse [professional\\_licensing@gov.nt.ca](mailto:professional_licensing@gov.nt.ca).

Or, forward completed application, with required attachments, to: / Ou, après avoir dûment rempli le formulaire, veuillez l'envoyer avec les documents demandés au :

**Registrar, Chief of Professional Regulation**  
Government of the Northwest Territories  
Department of Health and Social Services  
7th Floor, 5015 – 49 ST  
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9

**Registraire et responsable de la réglementation professionnelle**  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
5015, 49<sup>e</sup> Rue, 7<sup>e</sup> étage  
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

If you wish to pay your fees by credit card complete the following: (See list of requirements for fees.) / Si vous souhaitez régler vos droits avec une carte de crédit, remplissez ce qui suit : (Voir la liste des exigences relatives aux droits.)

**Name on Card / Nom figurant sur la carte de crédit**

**Card Number / Numéro de la carte**

**Expiration Date / Date d'expiration**

**Security Code / Code de sécurité**

**Authorized Signature / Signature autorisée**

**Authorized Fee / Droits autorisés**

- Annual Registration: **\$191**  
Inscription annuelle : **191 \$**

Personal information is being collected under the authority of the governing profession legislation in the NWT and will be used in processing your application. It is protected by the privacy provisions of the Access to Information and Protection of Privacy Act of the NWT. Your name, profession, and license number will be included in the NWT's public register. If you have any questions about the collection and use of this data, contact the Professional Licensing Office.

Les renseignements personnels sont recueillis en vertu des lois régissant la profession aux TNO et ils seront utilisés dans le traitement de votre demande. Les données recueillies sont protégées par les dispositions sur la vie privée de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* des TNO. Votre nom, votre profession et votre numéro de permis seront inscrits au registre public des TNO. Si vous avez des questions au sujet de la collecte et de l'utilisation de ces données, communiquez avec le Bureau de la réglementation professionnelle.



**REFERENCE FORM FOR SOCIAL WORKERS APPLYING FOR LICENSURE IN THE NORTHWEST TERRITORIES**

**Please email the completed form directly to:**

Professional\_Licensing@gov.nt.ca

or mail to:

Professional Licensing Office  
Government of the Northwest Territories  
Department of Health and Social Services  
7th Floor, 5015 – 49 ST  
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9  
Phone: (867) 767-9067

**FORMULAIRE DE RECOMMANDATION POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX PRÉSENTANT UNE DEMANDE DE PERMIS D'EXERCER AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST**

**Veuillez envoyer le formulaire rempli directement à :**  
Professional\_Licensing@gov.nt.ca

ou par courrier à :

Bureau de la réglementation professionnelle  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
5015, 49<sup>e</sup> Rue, 7<sup>e</sup> étage  
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9  
Téléphone : 867-767-9067

NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT): / NOM DU DEMANDEUR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE):

I authorize the referee to disclose to the Professional Licensing in the Northwest Territories, information relevant to licensure which would otherwise be confidential and I waive any right of disclosure of the same and agree that communication between the Registrar and the referee shall be privileged. / J'autorise l'auteur de la recommandation à divulguer au registraire des Territoires du Nord-Ouest les renseignements pertinents au permis d'exercer qui seraient autrement confidentiels. Je renonce par ailleurs à tout droit de regard de ces renseignements et consens à ce que les communications entre le registraire et l'auteur de la recommandation restent confidentielles.

SIGNATURE OF APPLICANT: / SIGNATURE DU DEMANDEUR :	DATE :
NAME OF REFEREE (PLEASE PRINT): / NOM DE L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :	APPLICANT TELEPHONE/FACSIMILE #: / N <sup>o</sup> DE TÉLÉPHONE ET DE TÉLÉCOPIEUR DU DEMANDEUR :

**INSTRUCTIONS FOR REFEREE:** Your personal knowledge of this applicant is important in judging suitability for licensure. Any problems or concerns that you identify below should be explained. Please use the space below or a separate sheet of paper if required.

**DIRECTIVES POUR L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION :**

Votre relation avec ce demandeur est importante pour nous permettre de juger de son aptitude à exercer. Vous devez expliquer tout problème ou toute préoccupation dont vous faites état ci-dessous. Au besoin, veuillez utiliser l'espace ci-dessous ou une feuille séparée.



1. Indicate dates where, and in what capacity, you have knowledge of the applicant. Must be within the last three years: / Indiquez à quelles dates et comment vous avez connu le demandeur. Ces rencontres doivent avoir eu lieu au cours des trois dernières années.

---

---

---

YES / OUI NO / NON

2. Are you aware of any problems regarding the applicant's physical and mental health or of any substance abuse problems that would affect his/her practice as a Social Worker? / Avez-vous connaissance de problèmes de santé physique ou mentale du demandeur, ou de problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogue, qui pourrait nuire à sa capacité d'exercer à titre de travailleur social?
3. Are you aware of any complaints regarding the applicant from either clients or other social workers? / Avez-vous connaissance de plaintes portées contre le demandeur par des patients ou d'autres travailleurs sociaux?
4. Do you know of any ethical problems the applicant has which relate to social work practice? / Savez-vous si le demandeur connaît des problèmes d'ordre éthique dans ses pratiques de travailleur social?
5. Are you aware of any aspects of the applicant's personality that may cause difficulties in professional interpersonal relationships with clients or other social workers? / Avez-vous connaissance d'aspects de la personnalité du demandeur qui pourraient entraîner des difficultés dans ses relations professionnelles avec les patients ou d'autres travailleurs sociaux?
6. Is there any reason why you would not consider the applicant to have adequate knowledge, skills, and judgement required for practice as a social worker? / Y a-t-il une raison pour laquelle vous considérez que le demandeur ne possède pas les connaissances, les compétences et le discernement adéquats pour la profession de travailleur social?
7. Have you any additional information with respect to the applicant's professional or ethical conduct which may affect their application for registration? / Disposez-vous de renseignements supplémentaires au sujet de la conduite professionnelle ou éthique du demandeur qui pourraient influencer sa demande d'inscription?

---

---

---

SIGNATURE OF REFEREE / SIGNATURE DE L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION	DATE :
ADDRESS: / ADRESSE :	
TELEPHONE #: / N° DE TÉLÉPHONE :	EMAIL / COURRIEL :