



PROFESSIONAL LICENSING OFFICE – INSTRUCTIONS ON SUBMITTING A COMPLAINT

Instructions:

1. Complete this form with as much detail as possible. (*Please type or print.*)
2. Sign and date the form.
3. Attach any additional documents to support the complaint.
4. Email the completed form to hssprofession_complaints@gov.nt.ca

When we receive your form, we will:

- Review all information received. Communication with the parties involved may be required.
- Contact you to clarify any unclear issues, inform you of the process and obtain your consent to file (proceed) with the complaint. Our main method of communication will be through email.
- Send a copy of your completed form to the regulated professional(s) listed to obtain a response, as necessary.
- Contact other individuals and institutions named in your complaint who may have information relevant to your complaint. They may receive a copy of your complaint form.
- Provide you with a written response. The regulated professional will also receive a copy.
- Help you understand the final decision and any next steps.

What we CANNOT do:

- Give a diagnosis, treatment recommendation, referral, or direct patient/client care.
- Offer or influence financial compensation.
- Help you with concerns or complaints about a health or social services professional who is not a member of a regulated profession in the NWT (please direct such concerns to the appropriate organization).
- Resolve complaints without contacting the regulated professional(s) identified.
- Offer legal advice.

Ensure that you have included the following with your complaint.

- Name and address of the regulated professionals involved.
- Detailed description of the complaint.
- Contact information including your email address and phone number so that we can reach you.
- Completed and signed complaint form.
- Proof of authority (if you are not a patient/client). Acceptable proof would be a copy of a license certificate/ practice permit or a letter from an employer.

Questions or need help?

Call the Complaints Officer at 867-767-9067 or email:

hssprofession_complaints@gov.nt.ca

BUREAU DE LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE – INSTRUCTIONS POUR DÉPOSER UNE PLAINE

Instructions :

1. Veuillez remplir ce formulaire en donnant le plus de détails possible.
(Sur l'ordinateur ou au format papier.)
2. Signez et datez le formulaire.
3. Joignez tout document supplémentaire à l'appui de la plainte.
4. Envoyez le formulaire dûment rempli par courriel à
hssprofession_complaints@gov.nt.ca.

Après avoir reçu votre formulaire, nous allons :

- examiner toutes les informations reçues. Il pourrait être nécessaire de communiquer avec les parties concernées.
- communiquer avec vous pour clarifier toute question imprécise, vous informer de la procédure et obtenir votre accord pour déposer (poursuivre) la plainte. Notre principale méthode de communication sera le courriel.
- envoyer une copie de votre formulaire rempli au ou aux professionnels réglementés qui y sont mentionnés afin d'obtenir une réponse, le cas échéant.
- communiquer avec d'autres personnes et institutions citées dans votre plainte et susceptibles de détenir des informations pertinentes. Elles pourraient recevoir une copie de votre formulaire de plainte.
- vous répondre par écrit. Le professionnel réglementé recevra également une copie de la réponse.
- vous aider à comprendre la décision définitive et toute autre étape subséquente.

Ce que nous ne pouvons PAS faire :

- Poser un diagnostic, recommander un traitement, orienter un patient vers un spécialiste ou lui prodiguer des soins directement.
- Offrir une compensation financière ou en influencer l'octroi.
- Vous aider en cas de préoccupations ou de plaintes concernant un professionnel de la santé ou des services sociaux qui ne pratique pas une profession réglementée aux TNO (veuillez adresser ces préoccupations à l'organisation appropriée).
- Résoudre les plaintes sans communiquer avec le ou les professionnels réglementés cités.
- Fournir des conseils juridiques.

Veillez à inclure les éléments suivants dans votre dossier de plainte :

- Nom et adresse des professionnels réglementés concernés.
- Description détaillée de la plainte.
- Coordonnées, y compris votre courriel et votre numéro de téléphone, afin que nous puissions vous joindre.
- Formulaire de plainte dûment rempli et signé.
- Preuve d'autorité (si vous n'êtes pas un patient ou un client). Une copie d'une autorisation d'exercice ou d'un permis d'exercice ou une lettre d'un employeur sont des preuves acceptables.

Vous avez des questions ou besoin d'aide?

Appelez le préposé aux plaintes au 867-767-9067 ou écrivez-lui à
hssprofession_complaints@gov.nt.ca.



PROFESSIONAL LICENSING OFFICE – COMPLAINT FORM

BUREAU DE LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE – FORMULAIRE DE PLAINE

1. Complainant Information/ Renseignements sur le plaignant

First Name: Prénom :	Last Name: Nom de famille :
Phone Number: Numéro de téléphone :	Email Address: Courriel :
Mailing Address: Adresse postale :	Postal Code: Code postal :

2. Patient/Client Information / Renseignements sur le patient ou le client

Complete section A) if you are the patient/client or, section B) if you are not the patient/client.

Remplissez la section A si vous êtes le patient ou le client, ou la section B si vous n'êtes pas le patient ou le client.

Section A: I am the Patient or Client / Je suis le patient ou le client

Date of Birth (mm/dd/yyyy): _____ NT Health Care Card Number (if an NT resident): _____
Date de naissance (mm-jj-aaaa) : _____ Numéro de carte d'assurance-maladie des TNO (si vous êtes résident des TNO) : _____

Section B: I am not the Patient or Client / Je ne suis pas le patient ou le client

Relationship to Patient/Client:

Votre lien avec le patient ou le client : _____

Patient First Name: _____ Patient Last Name: _____
Prénom du patient : _____ Nom du patient : _____

Patient Phone Number: _____ Patient Email Address: _____
Numéro de téléphone du patient : _____ Courriel du patient : _____

Patient Mailing Address: _____ Patient Postal Code: _____
Adresse postale du patient : _____ Code postal du client : _____

3. NT Health and Social Services Provider and Location Information

3. Renseignements sur le professionnel de la santé et des services sociaux des TNO et sur l'établissement

First and Last Name of NT Health and Social Services Professional:

Prénom et nom du professionnel de la santé et des services sociaux des TNO :

Profession: Profession :	Community of Clinic/Hospital/Place of Service: Collectivité où se trouve la clinique, l'hôpital ou le point de service :
-----------------------------	---

Name of Clinic/Hospital/Place of Service:
Nom de la clinique, de l'hôpital ou du point de service :

Phone Number of Clinic/Hospital/Place of Service: Numéro de téléphone de la clinique, de l'hôpital ou du point de service :	Date of Incident(s): Date du ou des incidents :
--	--

If there are any other providers to list, please attach as a separate document and be sure to include the above-listed information.

S'il y a d'autres professionnels à citer, veuillez les indiquer sur un document séparé joint à votre formulaire et veillez à inclure les informations mentionnées ci-dessus.

4. Other Individuals with Firsthand Information	4. Autres personnes disposant d'informations de première main
Please identify any other individual(s) who may have information about the incident(s). This can be another service provider(s), family, friend, or coworkers. We may contact them for a response and send them a copy of your complaint. Please provide any additional individuals on a separate attachment.	Veuillez identifier toute autre personne susceptible d'avoir des informations sur le ou les incidents. Il peut s'agir d'un autre professionnel, d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue. Nous pourrions communiquer avec eux pour leur demander une réponse et leur envoyer une copie de votre plainte. Veuillez indiquer toute personne supplémentaire sur une pièce jointe séparée.
First and Last Name: Prénom et nom :	
Relationship: Votre lien avec la personne :	Phone Number: Numéro de téléphone :
If there are any other individuals to list, please attach as a separate document and be sure to include the above-listed information. S'il y a d'autres personnes à citer, veuillez les indiquer sur un document séparé joint à votre formulaire et veillez à inclure les informations mentionnées ci-dessus.	
Complaint Information / Renseignements sur la plainte	
1. What is your complaint? Please describe in detail. / Quelle est votre plainte? Veuillez décrire de manière détaillée.	
2. What do you hope will happen as a result of your complaint? / Qu'espérez-vous qu'il se produise en réponse à votre plainte?	
3. Have you attempted to resolve your complaint directly with the health and social services provider involved? Avez-vous tenté de régler votre plainte directement avec le professionnel de la santé et des services sociaux concerné?	
4. Have you submitted a complaint, regarding this incident(s), to another organization (i.e., NTHSSA, RCMP, the employer etc.) and if so which one(s)? Avez-vous déposé une plainte concernant ce ou ces incidents auprès d'une autre organisation (p. ex. ASTNO, GRC, employeur, etc.) et, dans l'affirmative, auprès de quelles organisations?	

5. Describe, in detail, what the health and social services provider did or did not do to cause you to file a complaint (indicate who/what/how/where/when)? Please use additional paper if you need more space or you may submit a separate document detailing your response. Please attach copies of any documents that may support your complaint. Please note: we will send a copy of this form to the regulated professional(s) you identify.

5. Décrivez en détail ce que le professionnel de la santé et des services sociaux a fait ou n'a pas fait pour que vous déposiez une plainte (répondez aux questions « qui? », « quoi? », « comment? », « où? » et « quand? »). Veuillez utiliser des feuilles supplémentaires si vous avez besoin de plus d'espace. Vous pouvez également soumettre un document séparé détaillant votre réponse. Veuillez joindre une copie de tout document susceptible d'étayer votre plainte. Remarque : nous enverrons une copie de ce formulaire au ou aux professionnels réglementés que vous aurez indiqués.

By checking the box below, I hereby declare that all information provided in this complaint is true, complete, and accurate to the best of my knowledge. I understand that any false statements or misrepresentations may impact the investigation process and the resolution of the complaint.

En cochant la case ci-dessous, je soussigné(e) déclare, par la présente, que tous les renseignements fournis dans le cadre de la présente plainte sont véridiques, complets et exacts, au mieux de ma connaissance. Je comprends que toute déclaration fausse ou trompeuse pourrait avoir une incidence sur le processus d'enquête et sur le règlement de la plainte.

I certify that the information provided herein is accurate. / J'atteste que les renseignements fournis sur le présent formulaire sont exacts.

GNWT collects, uses, and discloses your personal information in accordance with the privacy provisions of the *Access to Information and Protection of Privacy Act* and any other applicable legislation. Personal information is broadly defined by the *ATIPP Act* to include recorded information about identifiable individuals.

Please submit your complaint via email to: hssprofession_complaints@gov.nt.ca

Le GTNO recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels conformément aux dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de toute autre loi applicable. Selon la Loi, les renseignements personnels incluent les renseignements recueillis sur des individus identifiables.

Veuillez envoyer votre plainte par courriel à l'adresse hssprofession_complaints@gov.nt.ca.