



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

Registraire de la réglementation professionnelle
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
5015, 49^e Rue, 7^e étage
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9
Téléphone: 867-767-9067
Courriel: Professional_Licensing@gov.nt.ca

REQUIREMENTS FOR OPHTHALMIC MEDICAL PROFESSIONAL REGISTRATION / LICENSURE

All items, including the application and supporting documentation, may be emailed to 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 valid Certificate issued by the Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology indicating the level of clinical training as follows:
Part I – Ophthalmic Assistant
Part II – Ophthalmic Technician
Part III – Ophthalmic Technologist
4. Current resume or C.V.
5. Copy of birth certificate or citizenship documentation (if Canadian citizen), or valid immigration or work permit (if not a Canadian citizen).
6. 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.

EXIGENCES RELATIVES À L'INSCRIPTION ET AU PERMIS D'EXERCICE À TITRE DE PROFESSIONNEL MÉDICAL EN OPHTALMOLOGIE

Tous les éléments, y compris la demande et les documents justificatifs, peuvent être envoyés par courriel à l'adresse 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. Pièce d'identité avec photo valide émise par une entité gouvernementale.
3. Copie d'un certificat valide délivré par la Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology, sur lequel est indiqué le niveau de formation clinique, comme suit:
Partie I – Auxiliaire en ophtalmologie
Partie II – Technicien en ophtalmologie
Partie III – Technologue en ophtalmologie
4. Curriculum vitae à jour
5. 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).
6. 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 OPHTHALMIC MEDICAL PROFESSIONAL REGISTRATION/LICENSURE / EXIGENCES RELATIVES À L'INSCRIPTION ET AU PERMIS D'EXERCICE À TITRE DE PROFESSIONNEL MÉDICAL EN OPHTALMOLOGIE

Last Name / Nom	First Name / Prénom	Middle Name / Second prénom
Apt # / N° 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 à la maison ou au bureau si vous avez indiqué une case postale ci-dessus		
Telephone: / Téléphone :		
E-Mail (required): / Courriel (obligatoire): Note: Primary means of communication will take place via email. / Remarque: Les permis et les avis de renouvellement seront envoyés à l'adresse postale, sauf indication contraire.		
Date of Birth: (DD/MM/YY) / Date de naissance: (JJ-MM-AA) _____	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		
Anticipated Start Date: / Date de début prévue : _____ 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.		
Name of Licensed Ophthalmologist under whose direction you will be working? / Nom de l'ophtalmologiste autorisé sous la direction duquel vous travaillerez?		
Please indicate which category of registration and licensure you are applying for: / Indiquez la catégorie d'inscription et de permis d'exercice au titre de laquelle vous présentez une demande: Ophthalmic Assistant / Auxiliaire en ophtalmologie _____ Ophthalmic Assistant Student / Étudiant Auxiliaire en Ophtalmologie _____ Ophthalmic Technician / Technicien en ophtalmologie _____ Ophthalmic Technician Student / Étudiant Technicien en Ophtalmologie _____ Ophthalmic Technologist / Technologue en ophtalmologie _____ Ophthalmic Technologist Student / Étudiant Technologue en Ophtalmologie _____		



Personal Information (Check all boxes that apply). / Renseignements personnels (cochez la case appropriée).		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 manque de professionnalisme, 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 & 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 reconnais 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 / Tous les éléments, y compris la demande et les documents justificatifs, peuvent être envoyés par courriel à l'adresse professional_licensing@gov.nt.ca.

Or, forward completed application, with required attachments, to: /
O u 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 de la réglementation professionnelle
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
5015, 49^e Rue, 7^e 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 Visa, 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:

Circle the Authorized Fee: / Encerclez les Frais Autorisés

Ophthalmic Assistant / Auxiliaire en ophtalmologie: **\$26/26\$**

Ophthalmic Technician / Technicien en ophtalmologie: **\$45/45\$**

Ophthalmic Technologist / Technologue en ophtalmologie: **\$64/64\$**

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.