



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

REQUIREMENTS FOR REGISTRATION / LICENSURE AS A MIDWIFE

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 current/valid government issued photo ID.
3. Copy of midwifery degree from an accredited post-secondary institution. In lieu of copy of degree, you may have your transcripts forwarded to the Registrar, Chief of Profession Regulation directly from the institution.
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. **Note:** Applicants who do not hold unrestricted, active registration in a province are required to provide proof of eligibility to be registered in a province by submitting the Verification of Eligibility to be registered (please see form at end of application).
5. Current resume or C.V.
6. Copy of birth certificate or citizenship documentation (if Canadian citizen), or valid immigration or work permit (if not a Canadian citizen).
7. Proof of current professional liability insurance coverage or employer coverage to a minimum of \$10 Million Dollars.
8. 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.

Registre 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

EXIGENCES RELATIVES À L'INSCRIPTION ET AU PERMIS D'EXERCICE À TITRE DE SAGE-FEMME

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 du diplôme en pratique de sage-femme d'un établissement d'enseignement postsecondaire agréé. Au lieu d'une copie du diplôme, vous pouvez faire envoyer par votre établissement postsecondaire vos 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 (au cours des 15 dernières années). Ces certificats doivent être soumis au registraire et responsable de la réglementation professionally applicables. **Remarque :** Les demandeurs qui ne sont pas inscrits actuellement sans restriction dans une province doivent fournir un justificatif d'admissibilité à l'inscription en soumettant le Formulaire d'admissibilité à l'inscription (voir formulaire à la fin de la demande).
5. Curriculum vitae à jour
6. 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).
7. Preuve que vous êtes couvert par une assurance responsabilité professionnelle ou par l'assurance de votre employeur pour un montant d'au moins 10 millions de dollars.
8. 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 MIDWIFE REGISTRATION/LICENSURE / DEMANDE D'INSCRIPTION ET DE PERMIS D'EXERCICE À TITRE DE SAGE-FEMME

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 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.		
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 la case appropriée).

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 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:

Authorized Fee:/Frais Autorisés

- Annual Registration: **\$191**
/Annuelle Inscription: **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.



VERIFICATION OF REGISTRATION OR ELIGIBILITY OF REGISTRATION FORM / FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DE L'INSCRIPTION OU DE L'ADMISSIBILITÉ À L'INSCRIPTION

Applicant: Complete top portion and send to all jurisdictions of current or previous registration. If you are not currently registered in a Canadian province as a midwife, you can provide proof of eligibility of registration using this form. / **Section réservée au demandeur :** Veuillez remplir la partie supérieure de ce formulaire et le faire parvenir à chaque autorité à laquelle vous avez été affilié. Si vous n'êtes pas actuellement inscrit à titre de sage-femme dans une province canadienne, le présent formulaire servira de justificatif pour prouver votre admissibilité à l'inscription.

I / Je soussigné(e), Print Surname / Nom de famille	Given Names / Prénoms	(Previous Names, if applicable) / (anciens noms s'il y a lieu)
Born on / Né(e) le _____ (dd/mm/yy) / (jj-mm-aa)		
Graduated from / Diplômé(e) le _____	Educational Institution – Prior Learning Assessment Program / Établissement éducatif – Programme de reconnaissance des acquis	
In / À _____ on / en _____ City/Province/Country / Ville, Province, Pays	Month/Year / Mois, Année	
a) Was registered in your jurisdiction on / déclare avoir été inscrit(e) dans votre province ou territoire en _____ Month/Year / Mois, Année		
Under Number (if known) / sous le numéro (si vous le connaissez) _____		
b) successfully completed an assessment in your jurisdiction on / déclare avoir réussi une évaluation dans votre province ou territoire en _____ Month/Year / Mois, Année		
Current address: / Adresse actuelle : _____		
I agree to the release of the following information to the Registrar, Professional Licensing of the Northwest Territories. / Je consens à divulguer ces renseignements au registraire de la réglementation professionnelle des Territoires du Nord-Ouest.		
Signature:	Date:	Contact Phone: / Téléphone :
To be completed by College or regulatory agency where above named is/was registered or is eligible to be registered. Complete and send to Registrar at address above. / Section réservée au Collège ou à l'organisme de réglementation auprès duquel le demandeur était inscrit ou admissible à l'inscription. À remplir et à renvoyer au registraire à l'adresse ci-dessus. Toutefois, l'original doit être envoyé par la poste dans les plus brefs délais.		
Acting on behalf of jurisdiction of / Agissant au nom de ou du _____, I hereby certify that the above named: / j'atteste par la présente que le demandeur : a) <input type="checkbox"/> has successfully completed an approved program in midwifery, or / a réussi un programme de formation à la profession de sage-femme, ou b) <input type="checkbox"/> has successfully completed a prior learning assessment program in this jurisdiction; and / a obtenu une reconnaissance des acquis dans cette province ou ce territoire, et c) <input type="checkbox"/> was/is registered in this jurisdiction as of / était ou est inscrit dans cette province ou ce territoire à compter du _____ or / ou d) <input type="checkbox"/> is eligible for registration in this jurisdiction as at this date / est admissible à l'inscription dans cette province ou ce territoire en date du _____		
Registration is / L'inscription est <input type="checkbox"/> is not/ n'est pas <input type="checkbox"/> currently active / actuellement valide. Will expire / Elle expire <input type="checkbox"/> or did expire / ou a expiré le _____ (date).		
Registration has / L'inscription a <input type="checkbox"/> or has not / ou n'a pas <input type="checkbox"/> been revoked or suspended other than for non-payment of fees? If it has, please state reason, and attach details / été révoquée ou suspendue pour une autre raison que le défaut de paiement des frais. Dans l'affirmative, veuillez en préciser la raison et joindre toute documentation pertinente.		
Is the above named currently under investigation? / Le demandeur fait-il actuellement l'objet d'une enquête? Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> If yes, attach details. / Dans l'affirmative, veuillez développer.		
Authorized Signature / Signature autorisée	Date	
Print Name / Nom de famille (en caractères d'imprimerie)	Contact Phone Number / Téléphone	