



Registrar, Professional Licensing

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 Fax: (867) 873-0484
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 Télécopieur : 867-873-0484
Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca

APPLICATION REQUIREMENTS FOR OPTOMETRIST REGISTRATION

1. Completed application, photograph attached.
2. Certified true copy of optometry degree from a recognized school of optometry in Canada.
3. Photocopy of successful completion of Canadian Standard Assessment in Optometry (CSAO).
4. Certificate of Good Standing from each jurisdiction applicant is/has been licensed. **NOTE:** To be eligible to be licensed in the NWT, current unrestricted registration in a province of Canada is required.
5. Three (3) letters of reference, sent directly to the Registrar from the referee. Reference forms supplied with the application package.
6. Up-to-date resume.
7. Photocopy of birth certificate or citizenship document (if Canadian citizen); or valid immigration or work permit (if not a Canadian citizen).
8. Fees:

Registration	\$108
Annual License	\$161
	<hr/>
	\$269 to be included with application

Note: all licenses expire March 31st following date of issue, and are renewable.

EXIGENCES RELATIVES AU PERMIS D'EXERCER À TITRE D'OPTOMÉTRISTE

1. Formulaire de demande dûment rempli et accompagné d'une photographie.
2. Copie certifiée conforme du diplôme en optométrie décerné par un établissement reconnu au Canada.
3. Photocopie de l'Évaluation canadienne standardisée en optométrie (ÉCSO).
4. Certificats de compétence de provinces, d'états ou de pays où le demandeur est ou a été inscrit. **REMARQUE :** Pour être admissible au permis d'exercer aux TNO, le demandeur doit détenir un permis d'exercice sans restriction dans une province du Canada.
5. Trois références professionnelles doivent remplir le formulaire de recommandation fourni et l'envoyer directement au registraire par la poste.
6. Curriculum vitae à jour.
7. Photocopie du certificat de naissance ou de la preuve de citoyenneté (si le demandeur est citoyen canadien) ou du document d'immigration ou du permis de travail (si le demandeur n'est pas citoyen canadien).
8. Frais à régler :

Inscription	108 \$
Permis annuel	161 \$
	<hr/>
	269 \$ à joindre à la demande

Remarque : Tous les permis sont renouvelables et expirent le 31 mars suivant la date de délivrance.



APPLICATION FOR OPTOMETRIST REGISTRATION / DEMANDE D'INSCRIPTION À TITRE D'OPTOMÉTRISTE

<p>Provide a recent passport-type photograph of yourself (taken within the last six months) Application considered incomplete without photograph. / Veuillez fournir une photographie récente de type passeport de vous-même (prise au cours des six derniers mois). Sans photographie, la demande est considérée comme étant incomplète.</p>	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/Zip Code / Code postal	
	Telephone: / Téléphone :	Fax: / Télécopieur :		
	E-Mail (mandatory): / Courriel (obligatoire) :			
<p>Note: Licence and other correspondence will be sent to this address unless otherwise advised. / Remarque: Votre permis et toute autre correspondance seront envoyés à cette adresse, sauf indication contraire.</p>				
<p>Date of Birth: (MM/DD/YYYY) / Date de naissance : (MM-JJ-AAAA) : _____ Canadian Citizen: / Citoyen canadien : <input type="checkbox"/> Yes (attach copy of birth certificate or proof of citizenship) Oui (joignez une copie de votre certificat de naissance ou une preuve de citoyenneté) <input type="checkbox"/> No (attach copy of work auth. or immigration document) Non (joignez une copie du permis de travail ou du document d'immigration)</p>		<p>Language Fluency: / Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/> Other (specify): / Autre (veuillez préciser) :</p>		
<p>Location and Dates of Planned Practice in N.W.T.: / Lieu et dates d'exercice prévus :</p> <p>Location/Clinic(s) / Lieu ou clinique : _____ Anticipated Start Date: / Date de début prévue : _____ Note: Applicant must be fully licensed before working as an Optometrist in the Northwest Territories. / Remarque: Avant de commencer à travailler, le demandeur doit détenir un permis d'exercer à titre d'optométriste aux TNO en règle.</p>				
<p>Diploma/Degree/Course of Study (attach certified copy of diploma/degree) / Diplôme, grade ou cours (joindre une copie certifiée conforme)</p> <p>_____/_____/_____ Date of Graduation / Date d'obtention du diplôme Name of School - Province/State/Country / Nom de l'école - Province, état ou pays</p> <p>_____/_____/_____ Date of Graduation / Date d'obtention du diplôme Name of School - Province/State/Country / Nom de l'école - Province, état ou pays</p> <p>Canadian Standard Assessment in Optometry (CSAO) – attach copy. / Évaluation canadienne standardisée en optométrie (ÉCSO) – joindre une copie. Date of Certification: / Date d'obtention : ____/____/____</p>				
<p>REGISTRATION IN OTHER JURISDICTIONS (include previous and current): / AUTRES PERMIS (actuels et antérieurs) : Valid registration in a Canadian province is required to be eligible to be licensed in the N.W.T. / Il faut avoir une inscription valide dans une province canadienne pour être admissible à un permis aux TNO.</p>				
Province/Territory/Country / Province, territoire ou pays	Registration/Licence Number / Numéro du permis	Registration/Licence Dates (From – To) / Dates de validité du permis		
<p>References: Provide the names and address of three (3) references, at least two (2) Supply these referees with a copy of the Reference Form. / Références : Veuillez fournir le nom et l'adresse de trois références morales, et soumettez le formulaire de recommandation.</p>				
1) _____ _____ _____	2) _____ _____ _____	3) _____ _____ _____		

Personal Information (Check the appropriate box). / Renseignements personnels (cochez la case appropriée). If 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 been refused a licence, permit or registration to practice as an optometrist in any jurisdiction, in Canada or elsewhere? / Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercer ou une inscription à titre d'optométriste dans une province, un état ou un pays?		
2. Have you ever had a licence, registration or right to practice in any jurisdiction revoked, suspended or restricted in any way? / Est-ce qu'une province, un état ou un pays a déjà révoqué, suspendu ou limité de quelque façon que ce soit votre permis d'exercer ou votre inscription à titre d'optométriste?		
3. Have you ever been treated for any addictions such as alcohol abuse, drug abuse, etc.? / Avez-vous déjà suivi un traitement contre une dépendance, par exemple à l'alcool, aux drogues, etc.?		
4. Are you presently or have you ever been subject to an allegation, complaint or investigation for any reason whatsoever by any licensing authority? / Avez-vous déjà fait l'objet d'une allégation, d'une plainte ou d'une enquête pour quelque raison que ce soit de la part d'un organisme de délivrance de permis d'exercer?		
5. Are you aware of any inquiry likely to be made by any authority, licensing or otherwise, with respect to your conduct, personal behavior or competence? / Avez-vous connaissance d'une enquête probable de la part d'une autorité quelconque, d'octroi de licences ou d'un autre domaine, au sujet de votre conduite, de votre comportement personnel ou de votre compétence?		
8. Have you previously applied for, or been issued, a licence or certificate of registration in the Northwest Territories? / Avez-vous déjà présenté une demande ou obtenu un permis ou un certificat d'inscription aux Territoires du Nord-Ouest? If yes, when? / Dans l'affirmative, quand? _____ Licence # (if known) / N° de permis (si vous le connaissez) _____		

<p>Declaration / Déclaration</p> <p>I authorize the Registrar to investigate and obtain from any person (s), government or body, such information as may be required in relation to this application. I certify that the statements made by me in this application are true and complete. I am aware that misrepresentation or falsification may result in rejection of my application or withdrawal of registration. / J'autorise le registraire à faire enquête et à obtenir, auprès d'une ou de plusieurs personnes, d'un gouvernement ou d'un organisme, les renseignements pouvant être nécessaires au traitement de cette demande. J'atteste que les déclarations que j'ai faites dans cette demande sont véridiques et complètes. Je reconnais que toute déclaration fausse ou trompeuse pourrait entraîner le rejet de ma demande ou l'annulation de mon inscription.</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p>	
<p>When complete, forward with all required attachments, to: / Après avoir dûment rempli le formulaire, veuillez l'envoyer avec les documents demandés au :</p> <p>Registrar, Professional Licensing 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 Fax: (867) 873-0484 Professional_Licensing@gov.nt.ca</p> <p>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 Télécopieur : 867-873-0484 Courriel : Professional_Licensing@gov.nt.ca</p>	<p>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 par carte de crédit, remplissez les champs suivants : (Voir la liste des exigences relatives aux droits.)</p> <p>Name on Card: / Nom figurant sur la carte de crédit : _____</p> <p>Card Number: / Numéro de la carte : _____</p> <p>Card Expiry Date: / Date d'expiration : _____</p> <p>Amount: / Montant : _____</p> <p>Authorized Signature: / Signature autorisée : _____</p>
<p>This personal information is being collected under the authority of the <i>Optometry Act of the NWT</i> and will be used to process Application for Registration. The information is protected by the privacy provisions of the Access to Information and Protection of Privacy Act of the NWT. If you have any questions about the collection, contact the Registrar's Office at the above address. / Ces renseignements personnels sont recueillis en vertu de la Loi sur l'optométrie des TNO et serviront au traitement de votre demande d'inscription. Les données recueillies sont protégées par les dispositions sur la vie privée de la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels des TNO. Si vous avez des questions au sujet des renseignements recueillis, communiquez avec le bureau du registraire à l'adresse ci-dessus.</p>	



**REFERENCE FORM FOR OPTOMETRISTS
FORMULAIRE DE RECOMMANDATION POUR LES OPTOMÉTRISTE**

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.

NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT): / NOM DU DEMANDEUR (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :	TELEPHONE OR FAX #: / N ^{OS} DE TÉLÉPHONE OU DE TÉLÉCOPIEUR :
---	--

I authorize the referee to disclose to Registrar Office of 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. This personal information is being collected under authority of the *Optometry Act* and is protected by the privacy provisions of the *Access to Information and Protection of Privacy Act*. / 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. Ces renseignements confidentiels sont collectés en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Le présent formulaire est protégé par les dispositions relatives à la confidentialité de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

SIGNATURE OF APPLICANT: / SIGNATURE DU DEMANDEUR :	DATE:
--	-------

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 or mental health or of any alcohol or drug problems? / Avez-vous connaissance de problèmes de santé physique ou mentale du demandeur, ou de problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Are you aware of any complaints regarding the applicant by patients or other optometrists? / Avez-vous connaissance de plaintes portées contre le demandeur par des patients ou d'autres optométristes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Do you know of any ethical problems the applicant has that may relate to his/her practice? / Savez-vous si le demandeur a des problèmes d'ordre éthique par rapport à sa pratique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Are you aware of any aspects of the applicant's personality that may cause difficulties in professional interpersonal relationships with patients or other optometrists? / 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 optométristes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Is there any reason why you would not consider the applicant to have adequate knowledge, skills, and judgement required to provide for optometry practice? / Y a-t-il une raison pour laquelle vous considéreriez que le demandeur ne possède pas les connaissances, les compétences et le discernement adéquats pour offrir des services d'optométrie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NAME OF REFEREE: / NOM DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE :	SIGNATURE OF REFEREE: / SIGNATURE DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE :	DATE:
ADDRESS: / ADRESSE :		TELEPHONE OR FAX #: / N ^{OS} DE TÉLÉPHONE OU DE TÉLÉCOPIEUR :

YOU MAY FAX THIS FORM TO (867) 873-0484; HOWEVER, ORIGINAL **MUST** BE MAILED BY THE REFEREE TO THE FOLLOWING ADDRESS:

Registrar, Professional Licensing
Department of Health and Social Services
Government of the Northwest Territories
Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9

VOUS POUVEZ ENVOYER CE FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU 867-873-0484. TOUTEFOIS, L'AUTEUR DE LA RECOMMANDATION **DOIT** L'ENVOYER PAR COURRIER À :

Registraire de la réglementation professionnelle
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9