



### 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<sup>e</sup> Rue, 7<sup>e</sup> étage  
C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9  
Téléphone : 867-767-9067 Télécopieur : 867-873-0484  
Courriel : Professional\_Licensing@gov.nt.ca

## REQUIREMENTS FOR OPHTHALMIC LICENCE

Ophthalmic Assistants License / Auxiliaire médical en ophtalmologie  
Fee \$22

Ophthalmic Technician License / Technicien en ophtalmologie  
Fee \$38

Ophthalmic Technologist License / Technologue en ophtalmologie  
Fee \$54

**Note:** No fee for student applications. Students need only send the application and letter from the supervising ophthalmologist (#5).

In Accordance with the *Ophthalmic Medical Assistants Act* of the NWT, the following is required:

1. Completed Application.
2. Copy of valid Certificate issued by the Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology indicating the level of clinical training, broken out as follows:
  - a) Part I – Ophthalmic Assistant
  - b) Part II – Ophthalmic Technician
  - c) Part III – Ophthalmic Technologist
3. Two (2) current letters of character reference.
4. Registration and license fee as indicated above. Attach cheque, money order or Visa Authorization, payable to Government of the NWT for the applicable amount.
5. Letter from employer (licensed NWT Ophthalmologist) indicating location and proposed dates of practice in the N.W.T.
6. Photocopy of proof of citizenship (Canadian birth certificate or valid immigration document).

**Note:** Submit completed application, along with requirements, to the Registrar at the address above. All licenses are valid until December 31st following date of issue.

## EXIGENCES RELATIVES AU PERMIS D'EXERCER EN OPHTALMOLOGIE

Auxiliaire médical en ophtalmologie  
Fee 22 \$

Technicien en ophtalmologie  
Fee 38 \$

Technologue en ophtalmologie  
Fee 54 \$

**Remarque :** Pas de droits à payer pour les étudiants. Les étudiants doivent simplement envoyer leur demande accompagnée d'une lettre de l'ophtalmologue qui les supervise (voir point 5).

En vertu de la *Loi sur les auxiliaires médicaux en ophtalmologie*, les exigences sont les suivantes :

1. Demande dûment remplie.
2. 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 :
  - a) Partie I – Auxiliaire en ophtalmologie
  - b) Partie II – Technicien en ophtalmologie
  - c) Partie III – Technologue en ophtalmologie
3. Deux lettres de recommandation récentes.
4. Paiement des droits d'inscription et de permis, précisés en haut de la page. Veuillez joindre un chèque, un mandat ou une autorisation de carte Visa, à l'ordre du gouvernement des TNO, pour le montant requis.
5. Une lettre de l'employeur (ophtalmologiste agréé des TNO) indiquant le lieu et les dates d'exercice prévus aux TNO.
6. Photocopie d'une preuve de citoyenneté (certificat de naissance du Canada ou document d'immigration valide).

**Remarque :** Envoyez la demande dûment remplie, ainsi que les documents requis, au registraire à l'adresse en haut de page. Les permis d'exercice expirent au 31 décembre de l'année de la date de délivrance.



## APPLICATION FOR OPHTHALMIC MEDICAL ASSISTANT REGISTRATION / DEMANDE D'INSCRIPTION À TITRE D'AUXILIAIRE MÉDICAL EN OPHTALMOLOGIE

Part I / Partie I Ophthalmic Assistant / Auxiliaire en ophtalmologie Graduate / Diplômé Student / Étudiant  
Part II / Partie II Ophthalmic Technician / Technicien en ophtalmologie Graduate / Diplômé Student / Étudiant  
Part III / Partie III Ophthalmic Technologist / Technologue en ophtalmologie Graduate / Diplômé Student / Étudiant

(See List of Requirements for applicable fees) / (voir la liste des exigences relatives aux droits)

<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 Code / Code postal
	Office or Residential Street Address if above is a P.O. Box / Adresse à la maison ou au bureau si vous avez indiqué une case postale ci-dessus		
	Telephone: / Téléphone :	Fax: / Télécopieur :	
Date of Birth: (DD/MM/YY) / Date de naissance : (JJ-MM-AAAA) : _____ Citoyenneté : / Citoyen canadien :		Language Fluency: / Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français <input type="checkbox"/> Other (specify): / Autre (veuillez préciser) :	
Location of Business Practice in N.W.T. / Lieu et dates d'exercice prévus : _____			
Location/Clinic(s) / Lieu ou clinique : _____			
Name of Licensed Ophthalmologist under whose direction I will be working: / Nom de l'ophtalmologiste agréé avec lequel vous allez travailler : _____			
<p><b>Note:</b> Note: Applicant must be fully licensed before working as or calling oneself an Ophthalmic Medical Assistant in the Northwest Territories / <b>Remarque:</b> Avant de commencer à travailler comme auxiliaire médical en ophtalmologie, le demandeur doit détenir un permis d'exercer aux TNO en règle.</p>			
Qualifications: / Diplômes :			
Level Achieved / Niveau _____ Date _____			
Certification by Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology (JCAPHO): / Certification de la Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology (JCAPHO) : Certificat d'aptitude délivré par le Bureau national des examinateurs de l'Association canadienne des médecins vétérinaires. Dates of Certification: / Dates de validité : From / Du _____ to / au _____ (Attach copy of Certificate) / (Joindre la copie du certificat).			
<b>Registration in other jurisdictions if applicable: / Autres Permis (actuels et antérieurs), le cas échéant :</b>			
Province / Province, territoire ou pays	Registration/Licence Number / Numéro du permis	Registration/Licence Dates (From – To) / Dates de validité du permis	
<p><b>References:</b> List the names of two persons you have contacted to provide letters of character reference on your behalf. The letters are to be sent directly to the Registrar / <b>Références :</b> Indiquez le nom de deux personnes que vous avez contactées pour qu'elles vous fournissent une lettre de recommandation. Les lettres doivent être directement transmises au registraire.</p>			
1) _____ _____ _____		2) _____ _____ _____	

<b>Personal Information (Check the appropriate box). / Renseignements personnels (cochez la case appropriée).</b> 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.	<b>YES / OUI</b>	<b>NO / NON</b>
1. Have you ever been refused a licence, permit or registration to practice as an ophthalmic medical assistant in any jurisdiction? / Vous a-t-on déjà refusé un permis d'exercer ou une inscription à titre d'auxiliaire médical en ophtalmologie dans une province, un état ou un pays?		
2. Have you ever had an ophthalmic medical assistant 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'auxiliaire médical en ophtalmologie?		
3. Have you previously applied for, or have been issued, a licence or certificate of registration in the Northwest Territories. If yes, when? _____ Licence # (if known) _____ / Avez-vous déjà demandé ou obtenu un permis ou un certificat d'inscription aux Territoires du Nord-Ouest? Dans l'affirmative, quand? _____ N° de permis (si vous le connaissez) _____		
<p><b>Declaration / Déclaration</b></p> <p><b>I authorize</b> the Registrar to investigate and obtain from any person or persons, such information as may be required in relation to this application. <b>I certify</b> that the statements made by me in this application are true and complete. <b>I am aware</b> that misrepresentation or falsification may result in rejection of my application or withdrawal of registration. / <b>J'autorise</b> le registraire à faire enquête et à obtenir, auprès d'une ou de plusieurs personnes, les renseignements pouvant être nécessaires au traitement de cette demande. <b>J'atteste</b> que les déclarations que j'ai faites dans cette demande sont véridiques et complètes. <b>Je reconnais</b> 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><b>Registrar, Professional Licensing</b>            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><b>Registraire de la réglementation professionnelle</b>            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 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>Security Code: / Code de sécurité :            _____</p> <p>Amount: / Montant :            _____</p> <p>Authorized Signature: / Signature autorisée :            _____</p>	
<p>This personal information is being collected under the authority of the <i>Ophthalmic Medical Assistants Act</i> of the NWT and will be used to process Application for Registration. It is protected by the privacy provisions of the <i>Access to Information and Protection of Privacy Act</i> of the NWT. If you have any questions about the collection, contact the Registrar's Office. / Ces renseignements personnels sont recueillis en vertu de la <i>Loi sur les auxiliaires médicaux en ophtalmologie</i> 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 <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels</i> des TNO. Si vous avez des questions au sujet des renseignements recueillis, communiquez avec le bureau du registraire au numéro précité.</p>		