

# FORMULAIRE DE RÉINSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE À TITRE DE TRAVAILLEUR SOCIAL



Ordre des travailleurs sociaux  
et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

www.otstcfq.org

Du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020

Réservé à l'Ordre	Date de réception à l'OTSTCFQ

VOIR  
GUIDE  
LIGNE

015

Pour assurer le bon traitement de votre dossier, il est important que vous retourniez ce document dans son intégralité, dûment rempli et accompagné de **tous** les documents et paiements requis.

Merci d'utiliser le **guide de référence** pour remplir ce formulaire et les annexes applicables à votre situation.

Pour la liste des documents à joindre référez-vous à la section s'appliquant à votre situation sur notre site internet [www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org).

## Codification

RÉGION DU DOMICILE PROFESSIONNEL :	N° DE PERMIS :	N° DE CLIENT :
		Inscription le : /   /

100

## IDENTIFICATION

NOM À LA NAISSANCE	ADRESSE (n° d'immeuble, rue, appartement)	
PRÉNOM	VILLE, PROVINCE, PAYS	
DATE DE NAISSANCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE
Jour  Mois  Année		
CIToyENNETÉ	CELLULAIRE	TÉLÉCOPIEUR
SEXE		
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		

## CORRESPONDANCE DE L'ORDRE

**OBLIGATOIRE** ADRESSE ÉLECTRONIQUE QUE L'ORDRE DOIT UTILISER POUR CORRESPONDRE AVEC VOUS

ADRESSE ÉLECTRONIQUE

125

## LANGUES

LANGUE	PARLÉE	
Français		<input type="checkbox"/>
Anglais		<input type="checkbox"/>
Autre		<input type="checkbox"/> Précisez : _____

**130 Renseignements professionnels**  
ÊTES-VOUS MEMBRE EN RÉGLE D'UN OU DE PLUSIEURS ORDRES PROFESSIONNELS AU QUÉBEC?

**135** ÊTES-VOUS MEMBRE D'AUTRES INSTANCES RÉGLEMENTAIRES CANADIENNES EN TRAVAIL SOCIAL? Si oui (précisez) :

ÊTES-VOUS DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE PSYCHOTHÉRAPEUTE DÉLIVRÉ PAR L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES?

Oui

Non

ÊTES-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION CANADIENNE? Si oui (précisez) :

Oui

Non

**200 Formations universitaires complétées**

DIPLÔME	DOMAINE	NOM DU DOMAINE	UNIVERSITÉ	NOM DE L'UNIVERSITÉ	PAYS	ANNÉE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Médiation familiale**

Si vous déteniez une accréditation en médiation familiale antérieurement et désirez réactiver cette accréditation, veuillez communiquer avec l'Ordre après votre réinscription pour connaître la procédure à suivre.

305 **Secteur d'activité ou Statut** Toute personne a l'obligation légale de répondre à cette question. SECTEUR D'ACTIVITÉS / STATUT

310 **EMPLOYEUR** exemple : CISSS de Lanaudière

NOM DE L'EMPLOYEUR

VILLE, PROVINCE

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL

CODE POSTAL

**Lieu de travail principal** (Vous devez cocher un seul lieu de travail principal)

**LIEU DE TRAVAIL** exemple : CLSC Lamater

ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL

TÉLÉPHONE

POSTE TÉL.

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL

2<sup>e</sup>N° DE TÉL. / CELLULAIRE

TÉLÉCOPIEUR

COURRIER ÉLECTRONIQUE

TITRE D'EMPLOI

320 **Renseignements professionnels**

FONCTION

CHAMPS DE PRATIQUE

TYPE DE CLIENTÈLE DESSERVIE

MÉTHODES D'INTERVENTION

APPROCHES D'INTERVENTION

MODÈLES THÉORIQUES

SERVICES OFFERTS

AUTRE SERVICE OFFERT NON INCLUS DANS LA LISTE

340 **Pratique autonome** \* À ce lieu de travail, EXERCEZ-VOUS EN PRATIQUE AUTONOME?(Selon l'article 60 du Code des professions vous avez l'obligation légale de remplir cette section si vous exercez en pratique autonome.)

Code Signification

1 Oui temps plein

2 Oui temps partiel

3 Non

Par semaine

0 à 7 heures

8 à 15 heures

16 à 23 heures

24 à 31 heures

Votre bureau possède-t-il des installations adaptées aux personnes handicapées?

Oui

Non

\* Si vous exercez en pratique autonome, veuillez remplir l'annexe H du Guide de référence et retournez-la avec votre formulaire d'inscription.

305 **Secteur d'activité ou Statut** Toute personne a l'obligation légale de répondre à cette question. SECTEUR D'ACTIVITÉS / STATUT

310 **EMPLOYEUR** exemple : CISSS de Lanaudière

NOM DE L'EMPLOYEUR

VILLE, PROVINCE

ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL

CODE POSTAL

**Lieu de travail principal** (Vous devez cocher un seul lieu de travail principal)

**LIEU DE TRAVAIL** exemple : CLSC Lamater

ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL

TÉLÉPHONE

POSTE TÉL.

VILLE, PROVINCE

CODE POSTAL

2<sup>e</sup>N° DE TÉL. / CELLULAIRE

TÉLÉCOPIEUR

COURRIER ÉLECTRONIQUE

TITRE D'EMPLOI

320 **Renseignements professionnels**

FONCTION

CHAMPS DE PRATIQUE

TYPE DE CLIENTÈLE DESSERVIE

MÉTHODES D'INTERVENTION

APPROCHES D'INTERVENTION

MODÈLES THÉORIQUES

SERVICES OFFERTS

AUTRE SERVICE OFFERT NON INCLUS DANS LA LISTE

340 **Pratique autonome** \* À ce lieu de travail, EXERCEZ-VOUS EN PRATIQUE AUTONOME?(Selon l'article 60 du Code des professions vous avez l'obligation légale de remplir cette section si vous exercez en pratique autonome.)

Code Signification

1 Oui temps plein

2 Oui temps partiel

3 Non

Par semaine

0 à 7 heures

8 à 15 heures

16 à 23 heures

24 à 31 heures

Votre bureau possède-t-il des installations adaptées aux personnes handicapées?

Oui

Non

\* Si vous exercez en pratique autonome, veuillez remplir l'annexe H du Guide de référence et retournez-la avec votre formulaire d'inscription.

Si vous exercez à d'autres endroits, veuillez remplir l'Annexe A du Guide de référence et retournez-la avec votre formulaire d'inscription.

**340 Service de références en pratique autonome**

suite

Les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux en pratique autonome sont inscrits au Service de références du site Web de l'Ordre. Un moteur de recherche est à la disposition de la clientèle afin d'obtenir des références de professionnels avec des critères de sélection (exemples : par région, services offerts, etc.). L'Ordre offre à la population des références téléphoniques et l'envoi par la poste ou par télécopieur d'une liste de professionnels. Toutefois, si vous désirez vous en exclure, remplir obligatoirement l'annexe E.

**400 Transmission de renseignements**

Acceptez-vous que l'Ordre communique vos nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel à des entreprises avec lesquelles l'Ordre a conclu des ententes commerciales à l'intention de ses membres (p. ex., services bancaires, assurance habitation et auto)?  
Si vous ne désirez pas recevoir les courriels en provenance d'un tiers, veuillez répondre NON (Loi C-28)

Code Signification

O	Oui	<input type="checkbox"/>
N	Non	<input type="checkbox"/>

Acceptez-vous que l'Ordre communique vos nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel à des tiers à des fins de recherche, de sondage ou de statistiques?

Code Signification

O	Oui	<input type="checkbox"/>
N	Non	<input type="checkbox"/>



Si votre domicile professionnel est votre résidence parce que vous êtes sans emploi, étudiant, sur une liste de disponibilité sans rémunération, à l'emploi dans un autre domaine, hors Québec ou retraité et que vous ne désirez pas que cette information soit diffusée au tableau de l'Ordre, **complétez l'Annexe G du Guide de référence.**

À défaut d'avoir répondu, vous êtes réputé avoir consenti à la communication de vos coordonnées à des tiers. En tout temps, vous pouvez modifier votre choix en communiquant avec la réception de l'OTSTCFQ.

**600 Déclarations obligatoires**

**Vous êtes tenu de remplir les sections 610 et 620 si vous faites ou si vous avez fait l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire visée aux articles 45, 45.1 et 45.2 du Code des professions.**

En ce qui a trait aux documents demandés faisant suite à une décision disciplinaire ou judiciaire, vous êtes dans l'obligation de les fournir sauf si vous avez déjà envoyé lesdits documents à l'Ordre.

**610 Décisions disciplinaires**

Si vous avez fait l'objet d'une décision disciplinaire de culpabilité, vous avez l'obligation d'en informer l'Ordre et ce, conformément aux articles 45, 45.1 et 45.2 du Code des professions.

**OUI J'AI FAIT L'OBJET D'UNE DÉCISION DISCIPLINAIRE D'UN ORDRE PROFESSIONNEL QUÉBÉCOIS OU D'UN ORGANISME PROFESSIONNEL ÉQUIVALENT DANS UNE AUTRE PROVINCE CANADIENNE OU À L'ÉTRANGER M'IMPOSANT UNE SANCTION.**  
(remplissez l'Annexe C et retournez-la avec votre formulaire d'inscription)

**620 Décisions judiciaires**

Si vous avez déjà fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle, vous avez l'obligation d'en informer l'Ordre, et ce, conformément aux articles 45, 45.1 et 45.2 du Code des professions.

**NE PAS REMPLIR SI VOUS EN AVEZ OBTENU LE PARDON OU SI VOUS EN AVEZ DÉJÀ INFORMÉ L'ORDRE.**

**OUI J'AI FAIT L'OBJET D'UN JUGEMENT D'UN TRIBUNAL CANADIEN OU ÉTRANGER ME DÉCLARANT COUPABLE D'UNE INFRACTION CRIMINELLE.**  
(remplissez l'Annexe C et retournez-la avec votre formulaire d'inscription)

**630 Poursuites judiciaires**

Si vous faites l'objet de toute poursuite pour une infraction punissable de 5 ans ou plus d'emprisonnement, vous devez en informer l'Ordre, et ce, conformément à l'article 59.3 du Code des professions. Un membre de l'Ordre doit fournir cette information dans le 10 jours où il en est lui-même informé.

**NE PAS REMPLIR SI VOUS EN AVEZ DÉJÀ INFORMÉ L'ORDRE.**

**OUI JE FAIS L'OBJET D'UNE POURSUITE POUR UNE INFRACTION PUNISSABLE DE 5 ANS OU PLUS D'EMPRISONNEMENT**  
(remplissez l'Annexe C et retournez-la avec votre formulaire d'inscription)

**700 ATTESTATION DE VÉRACITÉ ET SERMENT D'OFFICE****710 Attestation de véracité**

720

Je, soussigné(e), atteste que tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont exacts et complets.

**Serment d'office**

Je, soussigné(e), m'engage à remplir avec honnêteté, fidélité et justice les devoirs imposés au travailleur social par le Code des professions et les règlements de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, notamment à préserver le secret quant aux renseignements de nature confidentielle qui viendront à ma connaissance dans l'exercice de ma profession.

**Signature  
et date  
obligatoires**

**X**

SIGNATURE

**X**

DATE



**Veillez remplir :**

1. l'Avis de cotisation
2. le cas échéant, l'Annexe B : Demande d'exemption de l'assurance de la responsabilité professionnelle (voir page 6 de ce document)

**1000 Identification**

**1100 Catégories de taux pour la cotisation annuelle \*** REI TS

- Veillez cocher les choix qui s'appliquent à votre situation.  
Veillez m'inscrire à titre de :  
 Travailleur social

\* Taux réduit disponible à compter du 1er janvier 2020.  
Vous référer au «Tableau des cotisations» disponible sur le site de l'Ordre [www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org)

• • • Aucun remboursement • • •				
Cotisation annuelle	TPS	TVQ	Contribution obligatoire au financement de l'Office des professions du Québec	Cotisation totale
TAXABLE	5%	9,975%		
<input type="checkbox"/> <b>Taux régulier</b> Membre occupant un emploi rémunéré au Québec, peu importe le domaine Temps plein, temps partiel et liste de disponibilité avec rémunération	540,00 \$ +	27,00 \$ +	53,87 \$ +	29,00 \$ = <b>649,87 \$</b>
<input type="checkbox"/> <b>Taux préférentiel</b> Membre sans revenu d'emploi (le tarif est ajusté au taux régulier lors de la reprise d'un emploi rémunéré)	270,00 \$ +	13,50 \$ +	26,93 \$ +	29,00 \$ = <b>339,43 \$</b>
<input type="checkbox"/> <b>Membre aux études</b> Membre qui étudie à temps plein et sans revenu d'emploi	270,00 \$ +	13,50 \$ +	26,93 \$ +	29,00 \$ = <b>339,43 \$</b>
<input type="checkbox"/> Étudiant au doctorat (avec ou sans revenu d'emploi) en service social, avec preuve	270,00 \$ +	13,50 \$ +	26,93 \$ +	29,00 \$ = <b>339,43 \$</b>
<input type="checkbox"/> <b>Membre hors Québec</b>	270,00 \$ +	13,50 \$ +	26,93 \$ +	29,00 \$ = <b>339,43 \$</b>
<input type="checkbox"/> <b>Congé divers</b> , (Remplir l'Annexe D)	270,00 \$ +	13,50 \$ +	26,93 \$ +	29,00 \$ = <b>339,43 \$</b>
<input type="checkbox"/> <b>Cotisation annuelle pour un deuxième titre</b> Cochez cette option que si vous êtes déjà membre de l'OTSTCFQ.	148,00 \$ +	7,40 \$ +	14,76 \$ +	= <b>170,16 \$</b>

**FRAIS ADMINISTRATIFS**

<input type="checkbox"/> Frais de réinscription (Exigibles pour tous)	Ces frais doivent être acquittés séparément de la cotisation. Aucun chèque postdaté ne sera accepté.	160,00 \$ +	8,00 \$ +	15,96 \$	= <b>183,96 \$</b>
<input type="checkbox"/> <b>Étude de dossier</b> - Applicable après une absence du Tableau des membres de l'Ordre de plus de 5 ans (se référer au Règlement sur les stages de perfectionnement)		150,00 \$ +	7,50 \$ +	14,96 \$	= <b>172,46 \$</b>

**1120 Assurance de la responsabilité professionnelle**

Choisir l'une des trois options suivantes :

<input type="checkbox"/> Assurance de la responsabilité professionnelle	Aucun remboursement	70,85 \$
<input type="checkbox"/> Demande d'exemption. IL EST OBLIGATOIRE DE REMPLIR L'ANNEXE B, SINON VOTRE DOSSIER SERA REFUSÉ.	Remplir l'Annexe B et le cas échéant, l'Annexe F.	
<input type="checkbox"/> Assurance complémentaire facultative POUR LES PERSONNES QUI ONT UNE EXEMPTION	Aucun remboursement	12,00 \$

**1135 Fonds dédié à la reconnaissance de l'exercice en pratique autonome des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux**

Contribution à la reconnaissance de l'exercice en pratique autonome (volontaire) + \$

= \$

**2000 Modes de paiement**

**2100 Paiement**  
 Veillez cocher l'un des modes de paiement suivants :  
 Paiement par chèques ou mandats poste à l'ordre de l'OTSTCFQ en  chèques\*\*  
\*\* Les frais administratifs doivent être acquittés séparément de la cotisation. Aucun chèque postdaté ne sera accepté.  
 Prélèvement par carte de crédit

Numéro de carte de crédit  Visa  Mastercard   
Expiration

**X** \_\_\_\_\_  
SIGNATURE

Voir Règlement dans le Guide de référence section Assurance de la responsabilité professionnelle

Quel que soit votre titre d'emploi, si vous exercez comme T.S. ou T.C.F. à temps plein, à temps partiel ou occasionnellement, vous êtes tenu d'adhérer au contrat du régime collectif d'assurance de la responsabilité professionnelle souscrit par l'Ordre. Ce régime établit une garantie contre la responsabilité que peut encourir un membre en raison des fautes ou négligences commises dans l'exercice de sa profession. Toutefois, le règlement permet certaines exemptions.

Afin de vous aider à déterminer votre admissibilité à une exemption, voici quelques exemples de situations courantes :

- Vous êtes sans emploi, sur une liste de disponibilité sans rémunération, en congé prolongé, vous exercez dans un autre domaine que le travail social ou la thérapie conjugale et familiale ou vous exercez la profession hors du Québec, cochez le 1er paragraphe.
- Vous exercez exclusivement dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC, CH, CHSLD, CJ, CR), cochez le 3e paragraphe.
- Vous êtes inscrit exclusivement sur une liste de disponibilité avec rémunération d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, cochez le 3e paragraphe.
- Vous exercez dans un organisme communautaire, un organisme sans but lucratif, une entreprise privée ou vous faites du bénévolat à titre de T.S. ou T.C.F., cochez le 8e paragraphe et fournissez l'Annexe F dûment remplie par votre employeur. Si celui-ci ne

détient pas d'assurance de la responsabilité professionnelle, vous ne pouvez pas être exempté de l'obligation de souscrire à l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre et devez faire parvenir à l'Ordre le paiement, selon le taux en vigueur, pour souscrire au régime d'assurance de l'Ordre.

- Vous exercez à plus d'un endroit, cochez le 9e paragraphe et fournissez l'Annexe F si par exemple l'un des lieux de pratique est un organisme communautaire ou un organisme sans but lucratif détenant de l'assurance de la responsabilité professionnelle. Si l'un des employeurs ne détient pas cette assurance, vous devez souscrire à l'assurance de l'Ordre.
- Vous êtes rémunéré par une agence de placement, vous devez souscrire à l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'OTSTCFQ et vous ne pouvez pas faire une demande d'exemption.
- Vous exercez en pratique autonome (à temps plein ou partiel), vous devez souscrire à l'assurance de la responsabilité professionnelle de l'OTSTCFQ et vous ne pouvez pas faire une demande d'exemption.
- Vous êtes membre retraité et ne faites aucune activité bénévole en travail social ou en thérapie conjugale et familiale, cochez le 1er paragraphe.



1120

**Demande d'exemption**

**RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES MEMBRES DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC**

Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 93 par. d)

DEMANDE D'EXEMPTION (art. 3)

Je, soussigné,

NOM

travailleur social ou thérapeute conjugal et familial, déclare :

- [ ] 1° je **n'exerce pas la profession**, ni n'exerce en aucune façon les activités professionnelles mentionnées au paragraphe d de l'article 37 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) [Pour un thérapeute conjugal et familial: je n'exerce pas la profession, ni n'exerce en aucune façon les activités professionnelles mentionnées que je peux exercer, en outre de celles qui me sont autrement permises par la loi];
- [ ] 2° je poursuis à temps plein et de façon exclusive des **études universitaires** de deuxième ou de troisième cycle se rapportant au travail social [Pour un thérapeute conjugal et familial: je poursuis à temps plein et de façon exclusive des études universitaires de deuxième ou de troisième cycle se rapportant à la thérapie conjugale et familiale];
- [ ] 3° je suis au service exclusif d'un établissement au sens de la **Loi sur les services de santé et les services sociaux** (L.R.Q., c. S-4.2) ou d'un **centre de services de santé et de services sociaux** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5);
- [ ] 4° je suis au service exclusif d'une **commission scolaire** ou du **Conseil scolaire** de l'île de Montréal;
- [ ] 5° je suis au service exclusif du **gouvernement du Québec** et nommé ou rémunéré suivant la Loi sur la **fonction publique** (L.R.Q., c. F-3.1.1);
- [ ] 6° je suis au service exclusif d'un organisme dont le **gouvernement du Québec** ou l'un de ses ministres nomme la majorité des membres, dont la loi ordonne que le personnel soit nommé ou rémunéré suivant la Loi sur la fonction publique ou dont le fonds social fait partie du domaine public, ou d'un organisme mandataire du gouvernement et désigné comme tel dans la loi;

[ ] 7° je suis au service exclusif de la **fonction publique du Canada** suivant la définition qu'en donne l'article 2 de la Loi sur les relations de travail dans la fonction publique (L.R.Q., 1985, c. P-35), des **Forces canadiennes** au sens de l'article 14 de la Loi sur la défense nationale (L.R.C., 1985, c. N-5) ou d'une société d'État au sens de l'article 83 (1) de la Loi sur la gestion des finances publiques (L.R.C., 1985, c. F-11) et mentionnée dans les annexes de cette loi;

[ ] 8° je suis au service exclusif d'une personne physique ou d'une personne morale **autre que celles visées au paragraphe 3° à 7°** et j'ai déposé auprès du secrétaire de l'Ordre un certificat attestant que cette personne se porte garante, prend fait et cause et répond financièrement des conséquences de toute faute ou négligence commise par moi dans l'exercice de ma profession, avec une garantie comportant les stipulations minimales prescrites à l'article 4 du Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;

[ ] 9° je suis au service, d'une manière exclusive, d'une ou de plusieurs personnes visées aux paragraphes 3° à 8° et, dans le cas où l'une de ces personnes est celle visée au paragraphe 8°, j'ai déposé, auprès du secrétaire de l'Ordre, un certificat attestant que cette personne se porte garante, prend fait et cause et répond financièrement des conséquences de toute faute ou négligence commise par moi dans l'exercice de ma profession, avec une garantie comportant les stipulations minimales prescrites à l'article 4 du Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

Je déclare que les informations ci-dessus sont exactes et je m'engage à aviser sans délai par écrit le secrétaire de l'Ordre de tout changement modifiant de quelque façon la cause de mon exemption d'adhérer au contrat du régime collectif d'assurance de la responsabilité professionnelle de l'Ordre.

Et j'ai signé, à

VILLE

le  jour du mois de  de l'an 201

DATE

MOIS

NOM ET PRÉNOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE

N° PERMIS