



Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



Registered Practical Nurses  
Association of Ontario

Association des infirmières et infirmiers  
auxiliaires autorisés de l'Ontario

## Demande individuelle pour l'initiative d'enseignement infirmier

L'initiative d'enseignement infirmier est un programme de remboursement des frais de scolarité financé par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les subventions sont disponibles pour appuyer les infirmiers et infirmières dans la formation professionnelle continue pour améliorer leurs capacités professionnelles et leurs connaissances en soins infirmiers.

- ▶ **VOUS** pouvez être admissible pour recevoir un remboursement maximal de frais de scolarité de 1 500 \$ par an si vous avez payé pour — et vous avez participé à — un cours, un atelier ou une conférence.
- ▶ Les **FRAIS** payés par votre lieu de travail doivent être envoyés à l'organisme qui utilise le formulaire de demande de l'employeur.
- ▶ Le **FINANCEMENT** n'est pas garanti.
- ▶ **IL** n'est pas nécessaire d'être un membre de RNAO/RPNAO pour demander le financement.
- ▶ **TOUTE** l'information envoyée est confidentielle.
- ▶ Les **REQUÉRANTS** seront contactés pour confirmer la réception de la demande.
- ▶ Il est **PRÉVU** que les demandes seront traitées dans l'espace d'au moins 4-6 semaines à partir de la demande.

## IMPORTANT INFORMATION SUR LA DATE LIMITE

**QUANT** : Veuillez remettre les demandes de considération de remboursement dans l'espace de 90 jours (3 mois) après la date finale du cours, de la conférence ou de l'atelier en question.

Les demandes doivent inclure un formulaire de demande complété, ainsi que des copies des reçus de paiement et de la preuve d'avoir suivi le cours, la conférence ou l'atelier en question avec succès (voir la définition sur la page 2) à considérer pour le remboursement.

## OÙ : L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (RNAO)

INITIATIVE D'ENSEIGNEMENT INFIRMIER

158, rue Pearl

Toronto, ON M5H 1L3

Téléphone : 1-866-464-4405; Fax : 416-599-8820

www.RNAO.org; courriel : educationfunding@rnao.org

## ASSOCIATION D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES AUXILIAIRES AUTORISÉS DE L'ONTARIO (RPNAO)

INITIATIVE D'ENSEIGNEMENT INFIRMIER

5025 rue Orbitor, Édifice 4, Suite 200

Mississauga, ON L4W 4Y5

Téléphone : 905-602-4664, poste 555;

Sans frais : 1-877-602-4664

Fax: 905-602-8367

www.rpnao.org; courriel : nei@rpnao.org



# QU'EST-CE QUE JE DOIS SAVOIR?

- ▶ Lisez les quatre pages du formulaire de demande.
- ▶ Remplissez toute la demande.
- ▶ Incluez les reçus pour toute l'éducation qui est demandée.
- ▶ Fournissez des preuves d'avoir suivi l'éducation qui est demandée.
- ▶ Incluez votre numéro d'inscription de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.
- ▶ Incluez votre numéro d'assurance sociale pour vos impôts.
- ▶ Déposez une demande à votre association professionnelle (Infirmières et infirmiers autorisés à RNAO, Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés à RPNAO) avant la date limite spécifiée.
- ▶ Des copies sont acceptables, les originaux ne sont pas exigés. Gardez une copie de votre formulaire de demande, de votre reçu et de votre preuve d'avoir complété l'enseignement pour vos dossiers.
- ▶ Gardez une confirmation télécopiée ou envoyée par la poste/courrier recommandé de votre reçu pour être certain que vos documents ont été reçus en bon état.

*Si les demandes pour le financement excèdent la quantité de financement disponible, la priorité sera attribuée aux infirmières et infirmiers qui :*

- ▶ N'ont pas encore reçu le financement au complet (1 500,00 \$).
- ▶ Travaillent dans les hôpitaux, la santé publique, le soin de longue durée ou le secteur communautaire.
- ▶ Sont en train de recevoir l'éducation clinique/spécialisée.
- ▶ Satisfont les besoins dans les secteurs prioritaires : Administration, soins cardiaques, Soins de santé communautaire, Soins continus complexes, soins intensifs, dialyse, urgence, gériatrie, soins à domicile, chirurgie médicale, santé mentale, oncologie/soins aux personnes atteintes de cancer, salle d'opération, soins palliatifs, rééducation fonctionnelle.
- ▶ Sont en train de recevoir l'éducation qui est fournie au niveau collégial ou universitaire.
- ▶ Sont en train de travailler ou essayent de travailler régulièrement.

## CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- ▶ Le cours/atelier/conférence doit fournir la formation et l'éducation qui renforceront les capacités professionnelles et les connaissances pour améliorer la qualité des soins et des services fournis par les infirmières et infirmiers aux citoyens de l'Ontario.
- ▶ Les requérants doivent être inscrits à l'OIIO.
- ▶ **Les demandes doivent être remises dans l'espace de 90 jours (3 mois) de la date finale d'enseignement.**
- ▶ Les requérants doivent être inscrits dans des cours/programmes qui sont reconnus au niveau provincial (voir la définition ci-dessous).
- ▶ Les infirmières et infirmiers qui travaillent à l'extérieur de l'Ontario ne sont pas admissibles.
- ▶ Les requérants qui réussissent (ceux qui ont reçu le financement) doivent être disposés à participer, si exigé, dans un groupe témoin/sondage pour faire le suivi sur le développement et l'évaluation continue de cette initiative.
- ▶ Il est considéré que le financement sur le remboursement qui équivaut à plus de 500 \$ dans chaque année fiscale est un bénéfice imposable. L'information sur les impôts sur le revenu sera envoyée aux destinataires qui ont réussi, tel qu'exigé.
- ▶ Les frais d'inscription pour les conférences, les ateliers ou les colloques peuvent être admissibles pour le remboursement.
- ▶ Les individus qui prennent des cours d'appoint et les infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui sont dans le processus d'inscription avec l'OIIO sont encouragés à contacter leur association professionnelle pour déterminer leur admissibilité.
- ▶ Les requérants qui sont en train de prendre leur enseignement pour la THÈSE sont encouragés à contacter leur association professionnelle pour savoir plus sur la procédure de demande IEI pour ce travail en particulier.
- ▶ Les considérations pour le financement seront données aux demandes une fois que le reçu de paiement et la preuve d'avoir suivi le cours pour l'enseignement en question sont fournis.

## RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS (DÉFINITIONS)

### COMPLÉTER L'ENSEIGNEMENT :

Un rapport de la note de passage, un certificat du cours, un relevé de notes d'un service d'éducation ou d'une impression d'un service Web basé sur les étudiants. Un certificat de présence est exigé pour les conférences. Les photocopies sont acceptables.

### REÇU :

Une preuve de paiement officielle du fournisseur d'enseignement. Il faut montrer le code/nom du cours en indiquant les droits de scolarité de base et il faut montrer que les droits de scolarité de base sont complètement payés.

### ÉDUCATION CLINIQUE/SPÉCIALISÉE :

Cours/programme qui est directement lié à votre spécialisation.

### RECONNU AU NIVEAU PROVINCIAL :

- ▶ le fournisseur d'enseignement offre un crédit au Ministère de la formation et des collèges et universités.
- ▶ l'éducation est prise à partir d'une université ou d'un collège reconnu au niveau national ou international.
- ▶ l'éducation est donnée aux unités d'enseignement continu.
- ▶ l'éducation remet un crédit par un organisme professionnel au niveau provincial, national ou international.
- ▶ l'éducation est fournie par un expert qui est formellement reconnu par les associations professionnelles administratives.

### EXCLUT :

Les livres, les matériels de cours, le remplacement de salaire, les frais d'étudiants, les frais de voyage, les repas et les logements.

# Formulaire de demande individuelle pour l'initiative d'enseignement infirmier

NUMÉRO D'INSCRIPTION DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO : \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Infirmière autorisée	Si vous être inscrit deux fois, cochez les deux boîtes et écrivez les deux numéros d'inscription à l'OIIO. Vous pouvez uniquement poser votre candidature avec une association professionnelle.
Infirmière psychiatrique autorisée; ou	
Programme d'appoint/enseignement infirmier à l'étranger	
<b>VEUILLEZ INDIQUER PAR ÉCRIT SI VOUS AVEZ DEMANDÉ/REÇU LE REMBOURSEMENT DU FRAIS DE SCOLARITÉ D'UNE AUTRE SOURCE POUR LES COURS QUE VOUS AVEZ DEMANDÉ.</b>	

## VEUILLEZ IMPRIMER :

Numéro d'assurance sociale : \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone au domicile : (CODE RÉGIONAL) \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : (CODE RÉGIONAL) \_\_\_\_\_

Employeur actuel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Environnement de travail (Cochez seulement un)

- |                                     |  |                                |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Communauté | <input type="checkbox"/> Santé publique        | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Hôpital    | <input type="checkbox"/> Soins de longue durée | _____                          |

### Poste il (Cochez seulement un)

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Poste administratif    | <input type="checkbox"/> Enseignant | <input type="checkbox"/> Infirmière visiteuse publique |
| <input type="checkbox"/> Infirmière responsable | <input type="checkbox"/> Autre      | <input type="checkbox"/> Infirmière de soins généraux  |

### Situation de travail (Cochez seulement un)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agence/occasionnel par choix | <input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein   |
| <input type="checkbox"/> Temps plein                  | <input type="checkbox"/> Travailleur sans emploi/qui recherche du travail en infirmerie |
| <input type="checkbox"/> Temps partiel                | <input type="checkbox"/> Cours d'appoint/éducation à l'étranger                         |
| <input type="checkbox"/> Occasionnel par l'employeur  |   |

### Spécialisation clinique prédominante (Cochez seulement un)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Administration           | <input type="checkbox"/> Urgence           | <input type="checkbox"/> Oncologie/soins aux personnes atteintes de cancer |
| <input type="checkbox"/> Soins cardiaques         | <input type="checkbox"/> Gériatrie         | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                                  |
| <input type="checkbox"/> Soins continus complexes | <input type="checkbox"/> Salle d'opération | <input type="checkbox"/> Soins à domicile/soins de santé communautaire     |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs          | <input type="checkbox"/> Médical/chirurgie | <input type="checkbox"/> Réadaptation fonctionnelle                        |
| <input type="checkbox"/> Dialyse                  | <input type="checkbox"/> Santé mentale     | <input type="checkbox"/> Autre _____                                       |

### Si vous n'avez PAS DE TRAVAIL (Indiquez comment vous êtes activement à la recherche de travail)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contacts/entrevues  | <input type="checkbox"/> Autres services d'orientation |
| <input type="checkbox"/> Éducation continue dans la région où vous désirez être embauché | <input type="checkbox"/> Autre - spécifier _____       |
| <input type="checkbox"/> Accès au service d'orientation de RNAO/RPNAO                    | _____  |

Complétez le tableau suivant. VEUILLEZ FAIRE LA DEMANDE D'UN COURS À LA FOIS. Toutes les cases doivent être complétées pour que la demande soit considérée. Cochez " Autre " si vous êtes en train de prendre un cours d'appoint en enseignement infirmier, en informatique ou dans un cours non infirmier.

Type d'éducation prise	Nom de la conférence/cours	Code du cours (si applicable)	Fournisseur d'enseignement	Date initiale (MM/JJ/AA)	Date finale (MM/JJ/AA)	Frais d'inscription de la conférence/ frais de scolarité
Clinique/spécialité <input type="checkbox"/> Cert.-diplôme IPA <input type="checkbox"/> B.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> M.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						
Clinique/spécialité <input type="checkbox"/> Cert.-diplôme IPA <input type="checkbox"/> B.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> M.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						
Clinique/spécialité <input type="checkbox"/> Cert.-diplôme IPA <input type="checkbox"/> B.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> M.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						
Clinique/spécialité <input type="checkbox"/> Cert.-diplôme IPA <input type="checkbox"/> B.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> M.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						
Clinique/spécialité <input type="checkbox"/> Cert.-diplôme IPA <input type="checkbox"/> B.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> M.Sc.Inf. <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>						

**LE FINANCEMENT NE PEUT PAS ÊTRE AUTORISÉ SANS UNE PREUVE DE PAIEMENT ET UNE PREUVE D'AVOIR SUIVI L'ENSEIGNEMENT AVEC SUCCÈS.**

1. Comment est-ce que le cours améliorera le soin infirmier que vous fournissez en Ontario? Veuillez cocher celui qui est le PLUS important pour vous.

- Améliorera ma qualité de soin.
- Améliorera mes capacités professionnelles spécialisées.
- Améliorera mes connaissances professionnelles.
- Améliorera ma capacité de participer dans des politiques d'agences et de prises de décisions.
- Améliorera ma capacité pour changer à un autre secteur clinique.
- Améliorera ma capacité de combler une position infirmière disponible.

2. Faites un commentaire sur l'impact spécifique en relation au soin infirmier.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Comment est-ce que vous avez appris que cette initiative existait?

- Poste  Site Web  Publication
- Employeur  Autre \_\_\_\_\_

**EST-CE QUE VOUS AVEZ :**

1. Écrit votre signature et la date sur votre demande?
2. Inclut les copies de reçus et de notes?
3. Inclut votre numéro d'OIIO?
4. Inclut votre numéro d'assurance sociale?
5. Remarqué la date limite?

Je certifie que l'information comprise dans cette demande est véritable et complète. Je comprends que toute information fautive ou incomplète qui est envoyée pour appuyer ma demande pourrait rendre ma demande invalide. Je suis au courant que je pourrais être demandé de participer dans une évaluation pour faire un suivi.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DU REQUÉRANT**

\_\_\_\_\_  
**DATE**