



Ministry of Health  
and Long-Term Care

Ministère de la Santé  
et des Soins de longue durée

Please return this form to:  
Primary Health Care Team  
Underserved Area Program

159 Cedar Street Suite 402  
Sudbury ON P3E 6A5  
Telephone: 705 564-7280  
Fax: 705 564-7493

Renvoyer la formulaire à l'adresse suivante :  
Équipe de renouvellement des soins primaires  
Programmes des services aux régions insuffisamment  
desservies

159, rue Cedar Street Bureau 402  
Sudbury ON P3E 6A5  
Téléphone : 705 564-7280  
Télécopieur : 705 564-7493

## Application for Tuition Support Program for Nurses Demande de remboursement des frais de scolarité des infirmières et infirmiers

Funds provided through the Tuition Support Program for Nurses are subject to federal and provincial income tax.  
Les fonds versés dans le cadre du Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières sont assujettis à l'impôt fédéral et à l'impôt provincial.

Personal information contained on this document is collected by virtue of it being necessary for the proper administration of a lawfully authorised activity pursuant to Section 8 of the *Ministry of Health and Long-Term Care Act, RSO 1990, Chapter M. 26* and, more specifically, for the purpose of establishing eligibility for the Tuition Support Program for Nurses. For information about this collection, please contact Manager, Underserved Area Program, at 159 Cedar Street, Suite 402, Sudbury ON P3E 6A5, telephone no. 1 866 727-9959.

Les renseignements personnels collectés dans le présent formulaire sont nécessaires au bon exercice d'une activité autorisée par la loi, conformément à l'article 8 de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, L.R.O. 1990, chapitre M.26, et visent à établir l'admissibilité au Programme de remboursement des frais de scolarité des infirmières. Pour obtenir des détails concernant la collecte de renseignements, veuillez communiquer avec la ou le chef du Programme des services aux régions insuffisamment desservies au 159, rue Cedar, bureau 402, Sudbury ON P3E 6A5 ou au 1 866 727 9959.

### Please complete all sections / Remplir toutes les sections

Surname / Nom de famille \_\_\_\_\_ Given name / Prénom(s) \_\_\_\_\_

Present address / Adresse actuelle \_\_\_\_\_ City / Ville \_\_\_\_\_ Postal Code / Code postal \_\_\_\_\_

Telephone no. / N° de téléphone \_\_\_\_\_ E-mail address / Courriel \_\_\_\_\_ I prefer to communicate in / Je préfère communiquer en  
 English / Anglais  French / Français

What is your immigration status in Canada? / Quel est votre statut d'immigrant(e) au Canada?  
 Canadian Citizen / Citoyen(ne) canadien(ne)  Landed Immigrant / Immigrant(e) reçu(e)  Other (specify) / Autre (précisez) \_\_\_\_\_

College of Nurses of Ontario (CNO) Registration Number / Numéro d'inscription de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario \_\_\_\_\_ Date of Registration / Date d'inscription \_\_\_\_\_

What type of program have you graduated from? / Quel programme avez-vous suivi?  
 RPN/IAA  RN/IA  BScN/B.Sc.Inf.  RC (EC)/Inf. prat.

Name of college / University attended / Nom du collège ou de l'université où le programme a été suivi \_\_\_\_\_ Graduation Date / Date d'obtention du diplôme  
month / mois \_\_\_\_\_ year / année \_\_\_\_\_

Is your current permanent residence located no more than 100 kms from the underserved community in which you wish to return service?  
Votre domicile permanent actuel est-il situé à au plus 100 km de la collectivité insuffisamment desservie dans laquelle vous souhaitez offrir des services en retour?  
 Yes / Oui  No / Non

Did you attend high school, for at least one full year, no more than 100 kms from the underserved community in which you wish to return service?  
Avez-vous fréquenté, pendant au moins une année complète, une école secondaire située à au plus 100 km de la collectivité insuffisamment desservie dans laquelle vous souhaitez offrir des services en retour?  
 Yes / Oui  No / Non

Total tuition fee for which reimbursement is requested\* / Total des frais de scolarité visés par la demande de remboursement\* \$ \_\_\_\_\_ Number of years for which reimbursement is requested\*\* / Nombre d'années visées par la demande de remboursement\*\* \$ \_\_\_\_\_

\* Tuition does not include books, student fees  
\* Les frais de scolarité ne comprennent pas les manuels et les droits payés par les étudiants.

\*\* You will be required to provide 1 year of return of service for each year of tuition reimbursed. You may apply for all or part of your nursing education. / Vous devrez offrir une année de services en retour pour chaque année où vos frais de scolarité vous ont été remboursés. Vous pouvez demander un remboursement pour la totalité ou une partie de votre formation en soins infirmiers.

Have you received tuition or financial support in the form of grants from any other source for this education program?  
Avez-vous reçu du soutien pour les frais de scolarité ou une aide financière sous forme de subvention d'une autre source pour votre programme de formation?

Nursing Education Initiative (specify amount) / Initiative de formation en soins infirmiers (précisez le montant) \_\_\_\_\_  
 Other (specify source and amount) / Autre (précisez la source et le montant) \_\_\_\_\_

I have / J'ai  
 attached proof of tuition paid (letter from school) for each academic year assistance is applied for  
joint une preuve des frais de scolarité que j'ai payés (lettre de l'établissement d'enseignement) pour chaque année scolaire visée par ma demande  
 attached a copy of CNO Certificate of Registration / joint une copie de mon certificat d'inscription de l'Ordre  
 attached copies of Nursing Diplomas / joint des copies de mes diplômes en soins infirmiers  
 attached an imprinted blank voided cheque for the bank account to which the funds will be deposited  
joint un chèque en blanc imprimé pour le dépôt des fonds dans mon compte bancaire  
 Return of Service Agreement / Entente de services en retour  
 Confirmation of Employment / Confirmation d'emploi  
 Acceptance of Ministry Offer and Consent to Collection and Disclosure of Personal Information  
Acceptation de l'offre du Ministère et consentement à la collecte et à la divulgation de renseignements personnels

I hereby certify that the information is true and correct. I agree to participate in an evaluation of the program if needed.  
Par la présente, j'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. J'accepte de participer à l'évaluation du programme au besoin.