|  |  |
| --- | --- |
|  | No de dossier :  Secteur (du domicile de l’usager) :  Alphonse-Desjardins  Thetford  Beauce  Etchemins  Montmagny-L’Islet |



**DEMANDE D'INSCRIPTION / MODIFICATION**

**AU PROGRAMME TRANSPORT ET HÉBERGEMENT**

**À REMPLIR PAR UN INTERVENANT DES SERVICES SPÉCIALISÉS (DEUXIÈME LIGNE)**

|  |
| --- |
| Première  Réévaluation  Ajout  Modification Début service :     -    -    Fin service :     -03-31  Demande |
| 1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT (OU POUR QUI EST FAITE) LA DEMANDE |
| Nom à la naissance       Prénom        F  H  Date de naissance     -    -    No assurance maladie :       Expiration :  année – mois – jour  Adresse\*                        Québec  No Rue App. Ville Province        \* Présenter une preuve de résidence.  **Code postal (obligatoire)**  No de téléphone (     )     -            (     )     -            (     )     -  Résidence Travail poste Autre poste |
| Nouvelle adresse        Adresse temporaire\* du :       au  permanente à partir du : année – mois – jour (inscrire l’adresse ci-haut année – mois – jour année – mois – jour  (inscrire l’adresse ci-haut) ou dans «commentaires»)  \*Inscrire la raison dans «commentaires» (ex : convalescence, vacances, etc.) |

|  |
| --- |
| 2- IDENTIFICATION DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) LÉGAL(E) DE LA PERSONNE S’IL Y A LIEU |
| Nom       Prénom  Lien avec la personne pour qui est faite la demande\*  Père-mère  Tuteur(trice)  Conjoint(e)  Curateur(trice)  Autre (préciser)  Adresse si différent de l’usager              No Rue App.        Québec  Ville Province Code postal  No de téléphone (     )     -            (     )     -            (     )     -  Résidence Travail poste Autre poste |

|  |
| --- |
| **3- ALLOCATIONS D’AGENTS PAYEURS** |
| **COCHEZ LES ORGANISMES QUI OFFRENT DÉJÀ AU DEMANDEUR UNE ALLOCATION POUR SES DÉPLACEMENTS.**  Commission des normes, de l’équité, de la santé  Société d’assurance automobile du Québec (SAAQ)  et de la sécurité du travail (CNESST-IVAC) (en lien avec la déficience pour laquelle la présente demande est faite)  Programme d’aide sociale  Autre |

|  |
| --- |
| **4- DÉFICIENCE ET IDENTIFICATION DES BESOINS (À compléter par le professionnel du secteur social ou médical)** |
| **Déficience** Ne cocher qu’une seule case **(**correspondant à la principale déficience)  Physique  Parole  Intellectuelle  TSA  Multi-DI Multi-DP  Hémodialyse  ou sensorielle ou langage  Diagnostic : |
| **Services à recevoir**  Services diagnostiques  Adapt./Réadapt.  Traitements médicaux  Décrire brièvement le service :  Établissement visité :  Adresse :  **Code postal (obligatoire)**  Fréquence des déplacements :       /semaine       /mois       /année **DURÉE** :       semaines ou       mois  Voiture/Taxi  Transporteur        Bus  Train  Avion  (Spécifier le nom de la compagnie de transport et le coût d’un voyage aller-retour ou par kilomètre)  Hébergement :       nuits  Hôtel  Parents/amis  Manoir McDonald  Accompagnateur : OuiNon |
| **Services à recevoir**  Services diagnostiques  Adapt./Réadapt.  Traitements médicaux  Décrire brièvement le service :  Établissement visité :  Adresse :  **Code postal (obligatoire)**  Fréquence des déplacements :       /semaine       /mois       /année **DURÉE** :       semaines ou       mois  Voiture/Taxi  Transporteur        Bus  Train  Avion  (Spécifier le nom de la compagnie de transport et le coût d’un voyage aller-retour ou par kilomètre)  Hébergement :       nuits  Hôtel  Parents/amis  Manoir McDonald  Accompagnateur : OuiNon |
| **Services à recevoir**  Services diagnostiques  Adapt./Réadapt.  Traitements médicaux  Décrire brièvement le service :  Établissement visité :  Adresse :  **Code postal (obligatoire)**  Fréquence des déplacements :       /semaine       /mois       /année **DURÉE** :       semaines ou       mois  Voiture/Taxi  Transporteur        Bus  Train  Avion  (Spécifier le nom de la compagnie de transport et le coût d’un voyage aller-retour ou par kilomètre)  Hébergement :       nuits  Hôtel  Parents/amis  Manoir McDonald  Accompagnateur : OuiNon |

|  |
| --- |
| **4- DÉFICIENCE ET IDENTIFICATION DES BESOINS (À compléter par l’intervenant) - SUITE** |
| **Services à recevoir**  Services diagnostiques  Adapt./Réadapt.  Traitements médicaux  Décrire brièvement le service :  Établissement visité :  Adresse :  **Code postal (obligatoire)**  Fréquence des déplacements :       /semaine       /mois       /année **DURÉE** :       semaines ou       mois  Voiture/Taxi  Transporteur        Bus  Train  Avion  (Spécifier le nom de la compagnie de transport et le coût d’un voyage aller-retour ou par kilomètre)  Hébergement :       nuits  Hôtel  Parents/amis  Manoir McDonald  Accompagnateur : OuiNon |
| **Services à recevoir**  Services diagnostiques  Adapt./Réadapt.  Traitements médicaux  Décrire brièvement le service :  Établissement visité :  Adresse :  **Code postal (obligatoire)**  Fréquence des déplacements :       /semaine       /mois       /année **DURÉE** :       semaines ou       mois  Voiture/Taxi  Transporteur        Bus  Train  Avion  (Spécifier le nom de la compagnie de transport et le coût d’un voyage aller-retour ou par kilomètre)  Hébergement :       nuits  Hôtel  Parents/amis  Manoir McDonald  Accompagnateur : OuiNon |
| **COMMENTAIRES :** |

|  |
| --- |
| **RESPECT DES CONDITIONS DU PROGRAMME** |
| J’ai pris connaissance des conditions du Programme transport-hébergement et je m’engage à les respecter.  J’autorise le CISSS de Chaudière-Appalaches à procéder par dépôt direct pour le paiement des réclamations pour déplacements dans le cadre du Programme transport-hébergement et **je joins un spécimen de chèque portant la mention «NUL».**  **Signature de l’usager (14 ans et +) ou son représentant légal** :       Date :  année – mois – jour |

Nom du médecin ou du professionnel :                      Titre :

Signature du médecin ou du professionnel :                      Date :

année – mois – jour

Adresse bureau (obligatoire) :                      Tél. :

Nom agente adm. :            Nom du chef :