|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 langageDiagnostic :              |
| **Services à recevoir** [ ]  Services diagnostiques [ ]  Adapt./Réadapt. [ ]  Traitements médicauxDécrire 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 : [ ] Oui[ ] Non |
| **Services à recevoir** [ ]  Services diagnostiques [ ]  Adapt./Réadapt. [ ]  Traitements médicauxDécrire 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 : [ ] Oui[ ] Non |
| **Services à recevoir** [ ]  Services diagnostiques [ ]  Adapt./Réadapt. [ ]  Traitements médicauxDécrire 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 : [ ] Oui[ ] Non |

|  |
| --- |
| **4- DÉFICIENCE ET IDENTIFICATION DES BESOINS (À compléter par l’intervenant) - SUITE** |
| **Services à recevoir** [ ]  Services diagnostiques [ ]  Adapt./Réadapt. [ ]  Traitements médicauxDécrire 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 : [ ] Oui[ ] Non |
| **Services à recevoir** [ ]  Services diagnostiques [ ]  Adapt./Réadapt. [ ]  Traitements médicauxDécrire 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 : [ ] Oui[ ] Non |
| **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 :