

Veillez vous assurer que les **SECTIONS 1, 2** (s'il y a lieu) **3** et **4** de ce formulaire soient bien remplies, et que les pièces justificatives soient jointes à ce formulaire. Merci de conserver vos reçus pour votre déclaration de revenus annuelle, car ceux-ci ne vous seront pas renvoyés. Les formulaires incomplets vous seront retournés.

Veillez faire parvenir ce formulaire **dans les 90 jours suivant votre déplacement** à l'adresse suivante :

CISSS des Laurentides
Service de la comptabilité
500, boulevard des Laurentides
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2

Ou par courriel : aidefinanciere200km.cisssslau@ssss.gouv.qc.ca

SECTION 1 L'USAGER (Veillez compléter tous les champs)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° civique

Rue

Téléphone : Ville Rés. : () Province Bur. : () Code postal

Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° assurance maladie : _____
Année Mois Jour

Adresse courriel : _____

Mode de transport utilisé : Aller : _____ Retour : _____

Réclamation pour le transport : Date de départ : _____ Date de retour : _____

Avez-vous déjà transmis une réclamation dans le cadre de ce programme? Oui Non

Êtes-vous bénéficiaire d'un programme d'aide offert par :

- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)? Oui Non
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Aide sociale)? Oui Non
- Transport hébergement personnes handicapées (vous référer à votre CLSC)? Oui Non
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ? Oui Non
- Autres _____ Oui Non

Afin de déterminer l'agent payeur, nous autorisez-vous à faire les vérifications requises auprès des organismes concernés? Oui Non

S'il s'agit d'une première demande, veuillez joindre à ce formulaire une photocopie de votre prescription médicale du médecin de la région des Laurentides (ou lui faire remplir la section 3 de ce formulaire) ainsi que votre spécimen de chèque.

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

SECTION 2 L'ACCOMPAGNATEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° civique

Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone : Rés. : () _____ Bur. : () _____

SECTION 3 MÉDECIN DES LAURENTIDES QUI PRESCRIT LE DÉPLACEMENT

(ou joindre une copie de la prescription de votre médecin)

Raison de la référence (spécialité) : _____

Nom du médecin des Laurentides : _____ N° permis : _____

Établissement receveur et ville : _____

S'agit-il de l'établissement le plus rapproché offrant le service? Oui Non

Si non, spécifiez la raison : _____

Un accompagnateur familial ou social est-il requis? Si oui, initiales du médecin ____

Signature du médecin des Laurentides ou de la
personne autorisée : _____

Date : _

SECTION 4 L'ÉTABLISSEMENT QUI FOURNIRA LES SERVICES REQUIS

(ESTAMPE)

Nom de l'établissement de destination : _____

Adresse : _____

N° civique

Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone : () _____

Nom du médecin hors région : _____

N° permis : _____

Spécialité : _____

Traitement reçu : _____

Est-ce un suivi ? _

Date de rendez-vous : //

Date de l'hospitalisation : Du : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Au : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Accompagnateur requis par le médecin pour le retour : Oui Non

Service couvert par la RAMQ : Oui Non

Signature du médecin hors région
ou de la personne autorisée : _____

Date : _____

SECTION 4 CISSS des Laurentides (section réservée au Service de la comptabilité)

Nom de l'installation de la région des Laurentides : _____	NOTES
Date de réception du formulaire : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour	
Cette demande répond aux critères d'admissibilité: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Les pièces justificatives ont été fournies : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Cette demande est : Acceptée Refusée

Montant accordé : _____	Motif du refus : _____
Détails, s'il y a lieu : _____	
Code budgétaire : _____	

Signature de la comptabilité : _____

Date : _____