|  |
| --- |
| **MOIS / ANNÉE** |
|      /      |

 **FORMULAIRE REMBOURSEMENT DE DÉPENSES**

|  |
| --- |
| **RESSOURCES** |
| Nom : |      | RI [ ]  | RTF [ ]  | App. Supervisé [ ]  |

|  |
| --- |
| **MODALITÉS DE REMBOURSEMENT** |
|  **Dépense de transport**  | Indemnité par kilomètre parcouru par jour (peut concerner plus d’un usager): **0,62$ / km - Taux avril 2024**Le total des indemnités ne peut être inférieur à **15,50$** pour chaque jour |
| **Dépense d’accompagnement** | **RI**  | Taux horaire fixe : 22,86$ / heure \* taux convenu au CLC du 31 mars 2023 |
| **RTF**  | **Moins de 3 h** | **Entre 3h et 5h59** | **Entre 6h et 8h59** | **Entre 9h et 11h59** | **12 h et plus** |
| 40,00 $ | 80,00$ | 110,00 $ | 150,00$ | 180,00 $ |
| **Pré-autorisation** | Une pré-autorisation par le Comité est requise pour toutes les dépenses autres que les rendez-vous usuels et prévu dans l’Instrument de classification (rendez-vous hors de la localité, visite famille, école, travail, achat matériel, etc.) |
| **Autres** | Stationnement, repas, hôtel, formation RCR, formation MAPAQ (RTF), formation Loi 90, produits d’hygiène menstruelles jetables, achat préautorisé, etc. Veuillez préciser dans la grille ci-bas. |
| **Joindre obligatoirement les attestations de visite et pré-autorisation, le cas échéant.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Usager****(initiale)** | **Type de dépense** (transport / accompagnement / formation / autre) | **Occasion (RDV, famille, école, travail, autre)** | **Précisez l’endroit** (hôpital, médecin, dentiste, ORL, etc.) | **Durée réelle de l’accompagnement** | **Nb réel de km parcourus** | **Montant** |
|      |      | Cliquez ici | Cliquez ici |      |      |      |      |
|      |      | Cliquez ici  |   |      |      |      |      |
|      |      |   |   |      |      |      |      |
|      |      |   |   |      |      |      |      |
|      |      |   |   |      |      |      |      |
|      |      |   |   |      |      |      |      |
|      |      |   |   |      |      |      |      |
|      |      |   |   |      |      |      |      |
|      |      |   |   |      |      |      |      |
| **Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques :** | **TOTAL** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Signature  |  | Date |

|  |
| --- |
| **Retourner ce formulaire** (avant le 5 de chaque mois)**À :**  ri-rtf.cote-nord.09cisss@ssss.gouv.qc.ca |