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

[](https://www.google.ca/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjVzt7LtbThAhWF1lkKHTWID2gQjRx6BAgBEAU&url=https://emplois.isarta.com/cgi-bin/emplois/pm.cgi?action%3Ddisplay%26login%3D34918&psig=AOvVaw1yi4T0TdwkPkb17IMODJlF&ust=1554397908773419) **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): **0,60$ / km - Taux octobre 2023**  Le total des indemnités ne peut être inférieur à **15,00$** pour chaque jour | | | | | |
| **Dépense d’accompagnement** | **RI** | Taux horaire fixe : 22,86$ / heure \* taux convenu au CLC du 31 mars 2023  Inscrire le nombre d’heures réel en présence de l’usager | | | | |
| **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 région, visite famille, école, travail, achat matériel, etc.) | | | | | |
| **Autres** | Stationnement, repas, hôtel, formation RCR, formation MAPAQ (RTF), formation Loi 90, produits d’hygiène menstruelle jetable, 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 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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](mailto:ri-rtf.cote-nord.09cisss@ssss.gouv.qc.ca) |