Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

DÉPENSES D'ACCOMPAGNEMENT RTF

Joindre obligatoirement les pièces justificatives

NOM DE LA RESSOURCE : _____

USAGER : _____ Nº DOSSIER : _____

MOTIF DE L'ACCOMPAGNEMENT : _____

_____

TRANSPORT	DATE (une ligne par jour)	MOYEN TRANSPORT UTILISÉ	LIEU DÉPART	DESTINATION	KM PARCOURU	CALCUL 50 premiers km = 10,75 $ + (autres km parcourus x 0,43 $)	MONTANT
						TOTAL A :	

REPAS/HÉBERGEMENT	DATE (une ligne par jour)	DÉJEUNER Max. 10,40 $	DÎNER Max. 14,30 $	SOUPER Max. 21,55 $	HÉBERGEMENT
	TOTAL	B :	C :	D :	E :

DIVERS	DATE (une ligne par jour)	DESCRIPTION	MONTANT
		TOTAL	F :

	CALCUL (REPORT DES TOTAUX)
A	
B	
C	
D	
E	
F	
TOTAL	

MONTANT DÉJÀ REÇU			
Aide sociale	CSSS	Transport électif	Autre organisme
$	$	$	$

(soustraire) montant déjà reçu - ( )

Espace réservé pour approbation

Autorisé par : _____

Date : _____

GRAND TOTAL	