**PRÉ-AUTORISATION DES DÉPENSES**

(transport et accompagnement des usagers/autre)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESSOURCE** | | |
| Nom : |  | Type de ressource :RI  RTF  App. Sup |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **USAGER CONCERNÉ** | | | |
| Nom : |  | No. Dossier : |  |
| Intervenant de l’usager : | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRÉCISER L’OCCASION** | |
| Rendez-vous pour un soin ou un service de santé ou de services sociaux **EN DEHORS DE LA RÉGION \*une démarche auprès du transport électif doit être préalablement effectuée et jointe à la présente demande**; | |
|  | Précisez la nature du rendez-vous (le spécialiste consulté et la Ville) : |
|  | Est-ce un rendez-vous annuel : oui  non |
|  | Date du rendez-vous :       Heure du rendez-vous : |
| Domaine judiciaire (police, palais de justice, travaux communautaires, etc.); | |
|  | Précisez : |
| Visite chez la famille biologique; | |
|  | Est-ce que c’est prévu au plan d’intervention de l’usager : oui  non |
|  | À quelle fréquence vous devrez offrir ce service : |
| Intégration ou maintien en milieu scolaire ou de travail; | |
|  | Précisez : |
| Autres (achat de matériel, précisez : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TYPE DE DÉPENSE** | | |
| **Accompagnement** | | |
|  | Qui va effectuer l’accompagnement : | Le responsable de la ressource |
|  | Un employé de la ressource |
|  | Est-ce que l’accompagnement de l’usager nécessite un remplacement et une dépense supplémentaire? | Oui  Non |
|  | Est-ce qu’un accompagnement est requis dans l’Instrument de classification (IDC) de l’usager? | Oui  Non |
|  | Durée approximative prévue de l’accompagnement : |  |
| **Transport (de l’usager)** | | |
|  | Nombre de kilomètres à parcourir aller-retour : |  |
|  | Est-ce que l’usager doit prendre le transport adapté | Oui  Non |
| **Stationnement** | | |
| **Repas** Précisez : | | |
| **Hébergement** Précisez : | | |
| **Autre** Précisez : | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Signature du responsable |  | Date |

**Veuillez retourner ce formulaire dûment complété à**

[ri-rtf.cote-nord.09cisss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ri-rtf.cote-nord.09cisss@ssss.gouv.qc.ca)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ APPROBATEUR** | | | |
| Acceptée | Acceptée en partie | En suspens | Demande refusée |
| Commentaires : | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Signature de l’approbateur |  | Date |

**Veuillez retourner ce formulaire dûment complété à**

Au responsable de la ressource