**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

|  |
| --- |
| **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