**FORMULAIRE REMBOURSEMENT DE DÉPENSES**

Mois : Année :

|  |
| --- |
| **LÉGENDE** |
| **Types de dépenses** **admissibles** | **Modalités de remboursement : Dépense d’accompagnement** |
| Dépense de transport | Dépense d’accompagnement | **RI** | **RTF** |
| Le nombre d’heures X le taux horaire de l’employé remplaçant qui effectue l’accompagnement (incluant les avantages sociaux) pour un maximum de 120,00 $ / jour | * Moins de 5 heures : 40,00 $
* 5 heures et plus, mais moins de 10 heures : 80,00 $
* 10 heures et plus : 120,00 $
 |
| Pour les occasions suivantes : 1. Urgence médicale;
2. Rendez-vous chez un professionnel de la santé (à l’exclusion des rendez-vous annuels);
3. Domaine judiciaire;
4. Visite chez la famille biologique;
5. Intégration ou maintien en milieu scolaire ou de travail.
 |
| **Modalités de remboursement : Dépense de transport – taux avril 2020** |
| Indemnité pour les 50 premiers kilomètres : 12,00$Les kilomètres subséquents : 0,48$ / km |

Nom de l’installation : RI [ ]  RTF [ ]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Usager****(# dossier ou initiale)** | **Type de dépense** | **Quantité****(heures ou km)** | **Précisions** | **Montant** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |

**Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques :**

|  |
| --- |
| **Retourner ce formulaire** (avant le 5 de chaque mois)**À :** Élodie Kennedy **Tél :** 418 962-9761, poste 453135Fax : 418 962-6420@ :elodie.kennedy.09cisss@ssss.gouv.qc.ca |

**Signature : Date :**