

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DE FRAIS DE DÉPLACEMENT**

**IMPORTANT : AVANT DE REMPLIR, VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO**

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

DATE	DÉPART	DESTINATION Nom de l'établissement et ville	RETOUR	Accompagnateur		A: Véhicule personnel			B : Autres moyens de transport		C : Repas (✓) pour chaque repas (✓✓) avec accompagnateur			D : Hébergement	E : Autres	F: Préciser	TOTAL A+B+C+D+E
				Cocher Oui	Non	Taux aller-retour Km X 0,295 \$	Coût	Préciser	Déjeuner 3,25 \$	Dîner 4,75 \$	Souper 4,75 \$						
Une ligne par jour	Heure de départ		Heure d'arrivée														
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	
							\$	\$					\$	\$		\$	

**Notes et commentaires**


**GRAND TOTAL :**

Indiquer (s'il y a lieu) l'aide financière reçue d'autres organismes et annexer les attestations originales de l'organisme payeur :

\_\_\_\_\_ \$  
**Nom de l'organisme**                      **Montant reçu**

Je certifie n'avoir reçu aucune autre aide financière d'un autre organisme relativement à ce (ces) déplacement(s).

**VOUS AVEZ 90 JOURS POUR RETOURNER VOTRE RÉCLAMATION**

\_\_\_\_\_  
**Signature de la personne ou son représentant**                      **Date**

Réservé à l'administration (ne rien inscrire)	
Montant accepté	\$
Participation externe	\$
Remboursement	\$
Signature du responsable :	

## PROCÉDURES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES EXIGÉES POUR RECEVOIR LA RÉCLAMATION

### DANS TOUS LES CAS,

Joindre une « **Attestation des visites** » signée par le professionnel qui a donné le service.

### INSTRUCTIONS

Pour chaque journée voyagée, remplir une ligne distinctement. Au besoin, utilisez un formulaire supplémentaire et faites le total séparément pour chaque formulaire. Remplir tel que proposé :

- **Date** : Indiquer la date du voyage dans l'ordre : année, mois, jour;
- **Heure de départ** : l'heure à laquelle vous êtes parti de votre domicile;
- **Heure d'arrivée** : l'heure à laquelle vous êtes arrivé à destination ou à votre domicile;
- **Destination** : indiquer le nom de l'organisme et la ville;
- **Accompagnateur** : cocher la case appropriée;
- **Véhicule personnel** : indiquer le kilométrage aller-retour et le total (\$). Un montant de 0,295 \$ du kilomètre est accordé;
- **Autres moyens de transport** : indiquer le coût aller-retour et le moyen de transport utilisé. Considérer les frais de l'accompagnateur(trice) s'il y a lieu;
- **Repas** : faire un crochet (✓) pour chaque repas de la journée. Faites deux crochets (✓✓) si vous avez droit aux frais de l'accompagnateur(trice). **Le maximum accordé par personne est :**
  - Déjeuner : 3,25 \$ (départ avant 7 h 30)
  - Dîner : 4,75 \$ (départ avant 11 h 30 ou arrivée après 13 h 30)
  - Souper : 4,75 \$ (départ avant 17 h 30 ou arrivée après 18 h 30)
- **Hébergement** : indiquer les montants que vous avez réellement payés. Dans le cas d'un coucher chez un parent ou un ami, le montant accordé est de 16,40 \$ par nuit, pour vous et 10 \$ pour l'accompagnateur(trice).
  - Région de Québec : 50 \$ par nuit et 10 \$ pour l'accompagnateur(trice)
  - Région de Montréal : 60 \$ par nuit et 10 \$ pour l'accompagnateur(trice)
- **Séjour prolongé** : lorsque cette alternative est plus économique, un montant mensuel fixe de 325,00 \$ est accordé comme support à la réinstallation (hébergement et repas) dans le milieu d'hébergement temporaire (non hospitalier) pour les séjours de 8 jours et plus. Si l'utilisateur doit être accompagné, ce même montant sera accordé pour l'accompagnateur(trice) ainsi que le déplacement aller-retour pour amener le client au milieu d'hébergement temporaire et pour aller le chercher après le séjour prolongé.
- **Total** : Faire le total de chaque ligne et additionner la dernière colonne, inscrire le total **et signer**.
- **\*N.B.** : **Toutes réclamations de frais de déplacement sont remboursées à 100 % de ces tarifs.**

### PIÈCES JUSTIFICATIVES À OBTENIR

<b>Automobile</b> :	Aucun reçu n'est exigé. Le nombre de kilomètres autorisé est établi selon notre tableau des distances routières du ministère des Transports du Québec.
<b>Taxi, autobus, avion, stationnement</b> :	Obtenir des reçus bien identifiés pour chaque voyage aller-retour.
<b>Avion</b> :	<b>IMPORTANT : Toute réservation doit être effectuée par la personne responsable du programme.</b>
<b>Repas</b> :	Aucun reçu n'est exigé pour les repas.
<b>Hébergement</b> :	Obtenir un ou des reçus détaillés pour <u>toutes</u> les dépenses de couchers. Pour les couchers chez un parent ou un ami, aucun reçu n'est exigé, indiquer le nom et l'adresse de la personne.

Vous pouvez vous procurer le formulaire en ligne à :

[www.cisss-cotenord/soins et services / transport et déplacement des usagers / programme transport et hébergement des personnes handicapées](http://www.cisss-cotenord/soins-et-services/transport-et-deplacement-des-usagers/programme-transport-et-hebergement-des-personnes-handicapees)

**JOINDRE** attestation de visite, formulaire de réclamation et reçus **originaux**.

**Vous avez 90 jours pour retourner vos pièces justificatives à l'adresse suivante :**

Programme transport-hébergement pour les personnes handicapées  
Centre Intégré de Santé et de Services sociaux de la Côte-Nord  
835, boulevard Jolliet  
Baie-Comeau (Québec) G5C 1P5