

FORMULAIRE D'AUTORISATION PAR LA DIRECTION CLINIQUE REMBOURSEMENT DE DÉPENSES POUR UN USAGER HÉBERGÉ EN RI OU RTF

(Communément appelée Annexe A (adulte) ou Formulaire de rétribution spéciale (enfant))

Date de la demande			
Direction clinique (cochez svp)			
SAPA	DI-TSA	DP	SM
			Jeunesse
Identification de l'utilisateur			
No de l'utilisateur	Nom	Prénom	Date de naissance
Nom de la ressource			
<input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RTF/FA <input type="checkbox"/> RTF/FAP <input type="checkbox"/> RTF/PFAP			
Nom de l'intervenant pivot (usager)		Nom du chef clinique	
Allocation de dépense accordée par le clinique et remboursable par l'Établissement (cochez svp)			
Transport (km, repas, stationnement)			
Accompagnement			
Frais particuliers à préciser:			
Commentaires			
Montant maximal accordé à partir du budget du clinique:		Jeunesse: Est-ce au plan d'intervention?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fréquence de paiement autorisée			
Ponctuelle (inscrire la date):		Mensuelle	Annuelle
Autre fréquence (précisez):			
Programme gouvernemental ou autre mis à contribution			
Aide ou solidarité sociale	RAMQ	Autre (préciser)	CNESST
			SAAQ
Autre information:			
Signature de l'intervenant usager:		Date:	
_____		_____	
Signature du chef clinique:		Date:	
_____		_____	

Veillez svp conserver au dossier de l'utilisateur ET

Faire parvenir à l'Équipe de la Gestion Contractuelle des RI-RTF-RNI (DQEP) par courriel:

Clientèle adulte: contratsri-rtf-rni.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Clientèle jeunesse: contratsri-rtf-rni.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca