

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DES RÉTRIBUTIONS SPÉCIALES**  
**REMBOURSEMENT DES DÉPENSES POUR UN USAGER HÉBERGÉ EN RI OU RTF**  
(communément appelé Annexe A (adulte) ou formulaire de rétribution spéciale (jeunesse))

**IDENTIFICATION DE L'USAGER**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de l'usager : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Intervenant : \_\_\_\_\_ Gestionnaire : \_\_\_\_\_ Nom du service : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE OU DU FOURNISSEUR**

Nom de la ressource : \_\_\_\_\_ **OU** Nom du fournisseur : \_\_\_\_\_

RI  RTF  Autre : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Clientèle :  Jeunesse  DITSA-DP  SAPA ou SM Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**RÉTRIBUTION SPÉCIALE DEMANDÉE**

Fréquence :  Mensuelle  Annuelle  Ponctuelle; date : \_\_\_\_\_  Autre fréquence : \_\_\_\_\_

Si connu, montant de la dépense : \_\_\_\_\_ \$ Pièce justificative :  Jointe  À venir

**POUR CLIENTÈLE JEUNESSE :**

Est-ce au plan d'intervention?  Oui; expliquez le besoin de l'enfant et le moyen proposé :

Non; expliquez la nature exceptionnelle de la demande :

Mise en appartement : Ajouter Annick Bonneville ([annick.bonneville.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:annick.bonneville.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)) en copie conforme de votre envoi

**POUR CLIENTÈLE DITSA-DP ET SAPA OU SM :**

Dépense de transport (km, repas, stationnement)  Dépense d'accompagnement

Besoins spéciaux (les lunettes, les lentilles cornéennes, les aides à la communication, les aides de suppléance à l'audition, les chaussures orthopédiques, les soins et les prothèses dentaires) **Indiquer le montant du Supplément de Revenu Garanti : \_\_\_\_\_**

Besoins spéciaux (autres)

Explications supplémentaires : \_\_\_\_\_

Programme gouvernemental mis à contribution :  Non  Oui; précisez :  Emploi/solidarité sociale (CLE)  RAMQ  CNESST

SAAQ  Autre : \_\_\_\_\_

## TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_

État de la demande :  Acceptée

Acceptée en partie

En suspens

Refusée

Remarques supplémentaires : \_\_\_\_\_

Signature du gestionnaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### À RETOURNER SIGNÉ PAR LE GESTIONNAIRE À :

**Jeunesse :**

Pour usager en famille d'accueil : [contratsri-rtf-cje.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:contratsri-rtf-cje.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)

Pour usager dans le milieu familial : [isabelle.pothier.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:isabelle.pothier.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)

**DITSA-DP et SAPA ou SM :**

[contratsrirtfni.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:contratsrirtfni.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)