

FORMULAIRE D'AUTORISATION DES RÉTRIBUTIONS SPÉCIALES

(Communément appelé Annexe A (adulte) ou formulaire de rétribution spéciale (jeunesse))

À qui transmettre ce formulaire une fois signé par le gestionnaire?

- ✓ Usager jeunesse en RI RTF : contratsri-rtf-cje.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca
- ✓ Usager jeunesse en milieu biologique ou CR : isabelle.pothier.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca
- ✓ Usager adulte, clientèle DITSADP, SM ou SAPA : contratsrirtfni.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Consignes pour la complétion :

- ✓ Les ressources doivent elles-mêmes faire leur demande de remboursement via les formulaires sur le site web. Le formulaire d'autorisation accompagne la demande de remboursement, mais ne la substitue pas.
- ✓ Nous devons avoir le maximum d'information possible pour le remboursement. Le type de dépense doit être clairement identifié (transport, garderie, etc.) et à qui le rembourser (fournisseur ou ressource). Si un fournisseur doit être remboursé, nous devons avoir ses coordonnées.

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de l'utilisateur : _____ Date de naissance : _____

Intervenant : _____ Gestionnaire : _____ Nom du service : _____

* QUI DOIT-ON REMBOURSER?

➤ À LA RESSOURCE :

Nom de la ressource : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Type de clientèle hébergé : Jeunesse (section A) DITSA-DP (section B) SAPA (Section B) SM Section B

➤ AU FOURNISSEUR DIRECTEMENT :

Nom du fournisseur à payer : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

RÉTRIBUTION SPÉCIALE DEMANDÉE

Détail du besoin (IMPORTANT): _____

Fréquence : Mensuelle du _____ au _____ (durée maximale d'un an).

Ponctuelle; date : _____ Autre fréquence : _____

Pièce justificative : Ci-jointe À venir

Montant : ponctuel : _____ OU journalier : _____ \$/jour OU hebdomadaire : _____ \$ semaine

SECTION A – POUR RESSOURCE QUI HÉBERGE CLIENTÈLE JEUNESSE

➤ Type de dépense : Camp de jour Garderie Service de garde Transport (km, repas, stationnement)

Services professionnels (Précisez : psychologue, tuteur privé, etc.) Dépense d'accompagnement

Besoins spéciaux et aides techniques : _____

Couches 2 ans et + Autre (indiquer le besoin requis) : _____

- Est-ce que les options suivantes ont été vérifiées avant d'engager la dépense :
 - Contribution du parent : Si oui, combien _____ \$
 - Utilisation de l'ADP : Si oui, combien _____ \$
(ATTENTION, pour CAMP DE JOUR, un maximum de 1/3 de l'ADP du montant annuel peut être utilisé)
 - Utilisation des circulaires (vêtements/activités sportives et culturelles/ fournitures scolaires et activités parascolaires) : Si oui, combien _____ \$

- Mise **en appartement** : SVP, Ajouter, en CC de votre envoi, la gestionnaire responsable des mises en appartement
 - Montant (mensuel) : _____ \$ / mois
 - Identifier le(s) mois à payer : _____

SECTION B – POUR RESSOURCE QUI HÉBERGE CLIENTÈLE ADULTE (DITSA ADULTE, DP, SM, SAPA)

- 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)

Explication supplémentaire : _____

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

TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Nom de l'intervenant : _____

Signature de l'intervenant : _____ Date de la demande : _____

- État de la demande : Acceptée
 Acceptée en partie (précisez dans la section remarque supplémentaire)
 Refusée (avisez la ressource ainsi que l'équipe contractuelle)

Remarque supplémentaire : _____

Nom du gestionnaire : _____

Unité administrative (direction clinique) : _____

Signature du gestionnaire : _____ Date : _____