

## 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](mailto:contratsri-rtf-cje.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca)
- ✓ Usager jeunesse en milieu biologique ou CR : [isabelle.pothier.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:isabelle.pothier.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca)
- ✓ Usager adulte, clientèle DITSADP, SM ou SAPA : [contratsrirtfni.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto: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 : \_\_\_\_\_