

# **CADRE DE GESTION DU PROGRAMME TRANSPORT-HÉBERGEMENT**

**MAI 2016**

*Direction du programme déficience intellectuelle –  
trouble du spectre de l'autisme et déficience physique*

**Centre intégré  
de santé et de services**

**Québec** 

Le cadre de gestion du Programme transport-hébergement est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron  
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2  
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca).

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

ISBN 978-2-550-75813-6 (Version imprimée)  
ISBN 978-2-550-75814-3 (Version électronique)

# TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES .....	3
INTRODUCTION .....	4
1. Raison d'être du programme .....	5
2. Description du programme .....	5
3. Critères d'admissibilité.....	5
4. Facteurs d'exclusion.....	6
5. Déplacements et dépenses admissibles.....	7
5.1. Déplacements admissibles .....	7
5.2. Dépenses admissibles.....	7
5.2.1. Le transport.....	7
5.2.2. Le stationnement .....	8
5.2.3. Les repas .....	8
5.2.4. Les frais d'hébergement.....	8
5.2.5. Les frais d'accompagnateur .....	8
5.2.6. Séjour prolongé.....	9
6. Processus de demande et de confirmation d'acceptation .....	9
7. Modalités de remboursement .....	10
7.1. Processus de paiement .....	10
Annexe 1 - Classification des déficiences – Organisation mondiale de la santé .....	11
Annexe 2 - Demande d'inscription au Programme transport-hébergement .....	12
Annexe 3 - Attestation de visites .....	15
Annexe 4 - Formulaire de réclamation de frais de déplacement.....	16

# INTRODUCTION

Le document ci-après se veut une révision du cadre de gestion pour les personnes handicapées adopté par l'Agence de la santé et de services sociaux de la région Chaudière-Appalaches le 2 novembre 2005. Cette révision était nécessaire pour harmoniser les pratiques du programme et assurer une gestion régionalisée des demandes et des budgets suite à la mise en place du Centre intégré de services santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches le 1<sup>er</sup> avril 2015.

En attente d'orientations ministérielles qui pourraient être précisées éventuellement pour ce programme, le document révisé reprend la plupart des orientations adoptées antérieurement. Il apporte par ailleurs des précisions sur des éléments de compréhension commune du programme à avoir ainsi que sur les modalités d'application et de gestion du programme qui prévaudront dorénavant dans une vision régionalisée.

Ce cadre de gestion s'adresse spécifiquement aux personnes présentant une déficience. Il s'inscrit en complémentarité avec la Politique de déplacements des usagers (circulaire 2009-005), un programme de gratuité gouvernemental qui couvre les frais des usagers, résidant du Québec, pour les clientèles suivantes.

- Les personnes transférées d'un établissement vers un autre établissement intra régional ou interrégional;
- Les personnes de 65 ans et plus;
- Les personnes en soins palliatifs de fin de vie;
- Les personnes en situation d'éloignement géographique (à plus de 200 km de l'établissement où l'utilisateur reçoit habituellement des soins et services) et qui requièrent des services diagnostiques et de traitement qui sont électifs, c'est-à-dire, sans présenter un caractère d'urgence, médicalement requis, mais non disponibles dans les établissements de leur région;
- Les personnes nécessitant des traitements en radio-oncologie;
- Les personnes en attente de greffes;
- Les autochtones qui s'adressent au Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

Le Programme transport-hébergement fait partie de l'offre de service de la Direction du programme déficience intellectuelle – trouble de l'autisme et déficience physique. L'information à la clientèle concernant la disponibilité de service est accessible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches et au guichet d'accès de la Direction du programme déficience intellectuelle – trouble de l'autisme et déficience physique. Cette information est également diffusée dans la lettre transmise à la clientèle du programme lors de son admission. Dans le cas des services de dialyse, l'information est disponible auprès de l'infirmière de liaison du service.

## 1. Raison d'être du programme

Les personnes présentant une déficience ou une limitation requièrent plus souvent des services de santé ou des services sociaux que la population en général. Compte tenu du caractère spécialisé de ces services, elles peuvent rencontrer des difficultés d'accès en raison de l'absence ou de l'éloignement des lieux de dispensation des services ou de la fréquence intensive des services requis par leur situation. Le Programme transport-hébergement est une aide pour faciliter l'accès aux services requis au plan d'intervention, lequel représente une prévision annuelle des déplacements nécessaires à la suite d'une prescription ou d'une recommandation de services par le médecin traitant ou par un professionnel du secteur de la santé et des services sociaux.

## 2. Description du programme

Le Programme transport-hébergement procure une **aide financière compensatoire** (et non complète) à une personne reconnue handicapée qui doit se déplacer :

1. Pour recevoir :
  - des services d'adaptation/réadaptation
  - des services de diagnostic
  - des compléments de diagnostic ou
  - des traitements liés aux déficiences

Ces services doivent avoir préalablement été **identifiés au plan d'intervention** de la personne. Ils doivent être reconnus par le réseau de la santé et des services sociaux du Québec ou par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les rendez-vous et suivis médicaux chez un professionnel de la santé ne sont pas couverts par le Programme transport-hébergement à moins que la visite chez le professionnel de la santé ne soit requise pour obtenir un diagnostic, un complément de diagnostic ou un traitement en lien direct avec la déficience.

2. Dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux le plus près possible du milieu de vie de la personne compte tenu des services requis par sa situation. Le déplacement vers une clinique privée pour des services d'adaptation/réadaptation, de complément de diagnostic ou de traitements n'est pas couvert à moins que ce déplacement soit prescrit par un médecin ou un professionnel de la santé en raison d'une non-disponibilité dans le réseau public ou d'une entente de collaboration à cet effet.

## 3. Critères d'admissibilité

Les personnes admissibles au programme doivent répondre aux critères suivants :

- Être résidentes du Québec.
- Être domiciliées dans la région de Chaudière-Appalaches.
- Ne pas être hébergées dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux (y compris les ressources non institutionnelles).

- Nécessiter des déplacements pour obtenir des services d'adaptation/réadaptation, de diagnostic, de complément de diagnostic ou de traitements liés aux déficiences reconnues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (annexe 1) tel que prescrit par un médecin ou recommandé par un professionnel de la santé et des services sociaux dans le cadre d'un plan d'intervention ou de traitement.

Une déficience rénale nécessitant des traitements d'hémodialyse correspond aux critères d'admissibilité.

La liste des déficiences admissibles par l'application du programme correspond aux critères d'accès en vigueur dans les services spécialisés en déficience physique, intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.

- Répondre à la définition de « personnes handicapées » tel qu'il a été défini par la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., chapitre E-20.1), soit « Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

La reconnaissance, à titre de personne handicapée, par un autre organisme tel que la Régie des rentes du Québec ou l'Agence du revenu du Canada ne constitue pas une garantie d'acceptation de la personne aux fins du Programme transport-hébergement.

## 4. Facteurs d'exclusion

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles au programme :

- Les personnes présentant des **problématiques de santé physique** (ex. : personnes présentant une maladie cardiaque ou respiratoire, un diabète, un cancer, etc.);
- Les personnes dont les frais de déplacement, pour raison médicale, sont assumés ou peuvent être assumés par d'autres agents payeurs. À titre d'exemple :
  - Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
  - Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)
  - Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)
  - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
  - Ministère de la Justice du Québec
  - Ministère des Anciens combattants du Canada
  - Ministère de la Défense nationale du Canada
  - Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada
  - Ministère de la Famille du Québec.

**Note importante** : Les personnes prestataires de la Sécurité du revenu sont admissibles au programme. Le remboursement des frais de déplacement sont établis en complément de la contribution accordée par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour raison médicale (voir le tarif établi dans la section «Déplacements et dépenses admissibles»).

- Les personnes qui ont à se déplacer pour obtenir des services de santé et de services sociaux dans un établissement :
  - Qui ne figure pas au répertoire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
  - Où les services ne sont pas offerts par le ministère de la Santé et des Services sociaux ou par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ);
  - Et qui choisissent d'aller dans un établissement qui n'est pas le plus rapproché et en mesure d'offrir les services compte tenu de l'organisation régionale des services.

## 5. Déplacements et dépenses admissibles

### 5.1. Déplacements admissibles

Sont admissibles les déplacements pour recevoir les services d'adaptation/réadaptation, de diagnostic, de compléments de diagnostic ou de traitements liés aux déficiences, reconnues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (annexe 1) et prévus dans le plan d'intervention de la personne handicapée.

Les déplacements visés par le programme doivent être **supérieurs à 50 kilomètres (aller et retour)** entre le lieu de résidence et l'établissement le plus rapproché en mesure d'offrir les services compte tenu de l'organisation régionale de service.

**Cependant, aucune distance minimale n'est exigée pour les déplacements dans les cas suivants :**

- Déplacements d'**enfants d'âge préscolaire** (0 à 5 ans) qui fréquentent un **centre de stimulation précoce**;
- Déplacements pour les **traitements répétitifs**, c'est-à-dire tout traitement **reconnu par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) essentiel et requis de façon quasi-permanente** (la vie durant) pour maintenir l'état de santé et le niveau d'autonomie de la personne handicapée (ex. : hémodialyse);
- Déplacements pour les traitements médicaux et les services de réadaptation **qui nécessitent des suivis de façon intensive (généralement deux à trois fois par semaine)**, c'est-à-dire, tout traitement ou tout service d'adaptation ou de réadaptation reconnu par la RAMQ, requis pour une période déterminée en vue d'améliorer l'état de santé et de niveau d'autonomie de la personne handicapée (un traitement en physiothérapie, une fois par semaine pendant trois mois, par exemple, est également considéré «intensif»).

Ces services doivent être directement reliés aux déficiences déjà identifiées au plan de d'intervention de la personne handicapée. Tout déplacement doit être préalablement prescrit par le médecin traitant ou par le professionnel responsable et doit être effectué par le moyen le plus économique, en tenant compte de la situation de l'utilisateur.

### 5.2. Dépenses admissibles

#### 5.2.1. Le transport

- Véhicule personnel, taxi, transport bénévole : un taux de 0,295 \$ du kilomètre est consenti à compter du 51<sup>e</sup> kilomètre (sauf dans les situations mentionnées ci-haut où les déplacements sont remboursables à partir du premier kilomètre). Le kilométrage doit être calculé avec le site Internet Google Maps en considérant la distance entre le lieu de résidence et le lieu de service de santé ou de services sociaux.

- Pour les personnes bénéficiaires de la Sécurité du revenu, le CISSS de Chaudière-Appalaches autorise un remboursement de 0.16\$/kilomètre complémentaire à celui accordé par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour un total de 0.295\$/kilomètre.
- Transport adapté : coût réel du transport.
- Autobus, train ou avion ; coût réel du transport en classe économique (reçu exigé pour chaque trajet).

### **5.2.2. Le stationnement**

Les frais de stationnement occasionnés par ces déplacements sont remboursables avec pièces justificatives à l'appui. Le CISSS ne rembourse pas les frais de stationnement aux personnes bénéficiaires de la Sécurité du revenu, ces frais étant remboursés par un autre agent payeur.

### **5.2.3. Les repas**

Sur présentation de pièces justificatives, un repas est accordé si le domicile de la personne est situé à plus de 150 kilomètres aller-retour du lieu où elle reçoit des services. Plus d'un repas par jour peut être accordé pour un déplacement nécessitant un coucher. Le CISSS ne rembourse pas les frais de repas aux personnes bénéficiaires de la Sécurité du revenu, ces frais étant remboursés par un autre agent payeur.

- Déjeuner : 3,25 \$
- Dîner : 4,75 \$
- Souper : 4,75 \$
- Journée : 12,75 \$

### **5.2.4. Les frais d'hébergement**

Des frais d'hébergement sont accordés, sur présentation de pièces justificatives, s'il est impossible que la personne retourne à son domicile dans la même journée (taux maximum). Le CISSS ne rembourse pas les frais d'hébergement aux personnes bénéficiaires de la Sécurité du revenu, ces frais étant remboursés par un autre agent payeur.

- Établissement hôtelier (Montréal) : 60,00 \$
- Ailleurs au Québec : 50,00 \$
- Établissement autre qu'hôtelier : 16,40 \$

### **5.2.5. Les frais d'accompagnateur**

De façon générale, les frais assumés par un accompagnateur en présence de la personne sont accordés si :

- La personne est mineure;
- La personne handicapée ne peut voyager seule ou être laissée seule, en raison des limitations liées à sa déficience;
- L'accompagnateur est nécessaire à la réalisation du plan d'intervention.

- Les taux pour l'accompagnateur sont les mêmes ceux consentis pour la personne pour l'hébergement et les repas. Par ailleurs, si ce dernier occupe la même chambre que la personne handicapée, il bénéficie d'un montant de 10,00 \$ par jour pour son hébergement.
- Le CISSS ne rembourse pas les frais d'hébergement aux accompagnateurs des personnes bénéficiaires de la Sécurité du revenu, ces frais étant remboursés par un autre agent payeur.

### **5.2.6. Séjour prolongé**

Lorsque cette situation est plus économique ou pour tout voyage de six ou sept jours, incluant les couchers à l'extérieur, un montant maximum de 325,00 \$ par semaine est accordé sur présentation de pièces justificatives originales.

Pour les séjours de plus de sept jours, un montant de 12,75 \$ par jour est accordé pour les frais de repas et sur présentation de pièces justificatives originales, une indemnité quotidienne de 33,68 \$ est allouée pour les frais d'hébergement.

Lorsque l'accompagnateur occupe la même chambre que la personne handicapée, un montant de 10,00 \$ par jour est ajouté pour l'hébergement, et de 12,75 \$ par jour, pour les repas.

Ces montants couvrent l'hébergement, les repas et les déplacements du lieu d'hébergement au lieu de service.

## **6. Processus de demande et de confirmation d'acceptation**

- Toute personne dont la situation répond aux critères d'admission peut faire une demande d'inscription par l'intermédiaire de son médecin ou d'un professionnel de la santé et des services sociaux (annexe 2).
- Les renseignements concernant le requis de services, sa fréquence, le lieu de dispensation, la recommandation d'un accompagnateur au besoin, et les modalités de service (mode de transport, hébergement, repas) (section 4 du formulaire de demande d'inscription) sont complétés et signés par le médecin ou le professionnel de la santé et des services sociaux. À moins que le formulaire ne soit rempli et signé par un médecin, une prescription précisant les éléments précités accompagne le formulaire de demande d'inscription s'il y a lieu.
- La responsabilité de la transmission de la demande d'inscription, signée par l'utilisateur, au répondant à la gestion du Programme transport-hébergement appartient au médecin ou du professionnel de la santé et des services sociaux.
- La décision d'admissibilité au programme relève du répondant à la gestion du Programme transport-hébergement. La personne qui formule une demande reçoit une lettre indiquant l'acceptation ou le refus de sa demande ainsi que le détail des dépenses autorisées. Le plan d'allocation est établi à partir de la date de la réception de la demande d'inscription par la répondante à la gestion du programme ou ultérieurement si spécifié et prend fin le 31 mars de l'année suivante. Seules les dépenses effectuées durant cette période sont remboursables. Une acceptation pour une période donnée ne constitue pas une garantie de renouvellement pour l'année suivante. Une réévaluation des besoins est réalisée annuellement ou lors de modifications significatives de la situation de l'utilisateur.

- La liste d'attente, s'il y a lieu, sera gérée en fonction de la date de confirmation d'admissibilité au Programme transport-hébergement, par ordre d'arrivée. Cependant, toute situation clinique urgente (ex. : hémodialyse) sera acceptée.
- Une personne ou un représentant légal insatisfait de la réponse obtenue, peut échanger avec le répondant de la gestion du programme afin de comprendre les raisons du refus. Si la personne est toujours en désaccord avec la décision rendue, elle peut demander une révision auprès du gestionnaire du programme. En tout temps, il est possible de déposer une plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

## 7. Modalités de remboursement

- Le remboursement des frais de déplacement acceptés au plan d'allocation se fait à la personne ou à son représentant légal par dépôt direct à moins de situation particulière qui doit être signalée lors de la demande d'inscription. Les frais doivent correspondre à ceux encourus pour la période autorisée dans la lettre transmise à la personne confirmant son admission au programme. Les dépenses encourues avant la date d'autorisation ne seront pas considérées.
- Aucun frais ne peut être versé à un tiers.
- Les demandes de réclamation doivent être acheminées selon les périodes prévues au calendrier des remboursements préalablement acheminé à l'usager. Les réclamations qui ne sont pas transmises dans les délais (le cachet postal en faisant foi) pourraient ne pas être remboursées. Les personnes qui n'auront pas réclamé les sommes qui auraient dû l'être sur une période de six mois consécutifs verront leur dossier fermé. Aucune réclamation rétroactive ne sera autorisée pour cette période. Cette mesure vise assurer une bonne gestion des plans d'allocation engagés et à permettre une réponse aux besoins des personnes en attente du programme.
- Toute réclamation doit apparaître sur le «Formulaire de réclamation de frais de déplacement» (annexe 4) dûment complété, signé par la personne ou son représentant légal, et accompagné des pièces justificatives et de l'attestation de visites. Seules les pièces justificatives originales seront acceptées (exemples : attestations de visites (annexe 3), reçus de stationnement, reçus d'hôtel, etc.).

### 7.1. Processus de paiement

Le paiement s'effectue, après vérification par le CISSS de Chaudière-Appalaches, des autorisations au plan d'intervention et de la concordance des pièces justificatives fournies avec le plan d'intervention autorisé. De façon générale, l'émission des dépôts directs sera réalisée aux trois mois. Pour des cas particuliers, des dispositions exceptionnelles pourront être aménagées pour augmenter la fréquence des remboursements à tous les mois.

# Annexe 1

## Classification des déficiences – Organisation mondiale de la santé (synthèse OPHQ) <sup>1</sup>

CATÉGORIES	SOUS-CATÉGORIES
1. Déficience intellectuelle	Déficience de l'intelligence Déficience de la mémoire Déficience de la pensée
2. Autres déficiences du psychisme	Déficience de la conscience et de l'état de veille Déficience de la perception et de l'attention Déficience des fonctions émotives et de la volonté Déficience du comportement
3. Déficiences du langage et de la parole	
4. Déficiences auditives	Déficience de l'acuité auditive Autre déficience de l'audition ou de l'appareil auditif
5. Déficiences visuelles	Déficience de l'acuité visuelle Autre déficience de la vision et de l'appareil oculaire
6. Déficiences des autres organes	
7. Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien	Déficience des régions de la tête Déficience mécanique et motrice des membres Altérations des membres (amputations)

<sup>1</sup> Source : OFFICE DES PERSONNES HANDICAPES DU QUÉBEC, *À part... égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, 1984, p. 32.

# Annexe 2

## Demande d'inscription au Programme transport-hébergement



NO DE DOSSIER : \_\_\_\_\_

SECTEUR :

- Alphonse-Desjardins     Thetford  
 Beauce     Etchemins  
 Montmagny-L'Islet

### DEMANDE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME TRANSPORT ET HÉBERGEMENT

Première demande     Réévaluation     Ajout/Modification    Début du service : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_    Fin du service : \_\_\_\_-03-31

#### 1- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT (OU POUR QUI EST FAITE) LA DEMANDE

Nom à la naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  F  H

Date de naissance \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_    No assurance maladie : \_\_\_\_\_    Expiration : \_\_\_\_\_  
année - mois - jour

Adresse\*    Québec  
No    Rue    App.    Ville    Province

**Code postal (obligatoire)**    Adresse courriel\*    \*Cette adresse servira à transmettre la correspondance et les formulaires de réclamation s'il y a lieu.

N° de téléphone ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_    ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_    poste \_\_\_\_    ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Résidence    Travail    Autre

Au téléphone, devons-nous utiliser un appareil pour malentendant(e)? (TTY ou ATME)  OUI  NON

\* Présenter une preuve de résidence.

#### 2- IDENTIFICATION DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) LÉGAL(E) DE LA PERSONNE S'IL Y A LIEU

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec la personne pour qui est faite la demande\*

Père-mère     Tuteur(trice)     Conjoint(e)     Curateur(trice)     Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Adresse si différent de l'usager    Québec  
No    Rue    App.

Ville    Province    Code postal    Adresse courriel (Cette adresse servira à transmettre la correspondance et les formulaires de réclamation s'il y a lieu)

N° de téléphone ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_    ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_    poste \_\_\_\_    ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
Résidence    Travail    Autre

#### 3- ALLOCATIONS D'AGENTS PAYEURS

**COCHEZ LES ORGANISMES QUI OFFRENT DÉJÀ AU DEMANDEUR UNE ALLOCATION POUR SES DÉPLACEMENTS.**

- Sécurité du revenu (aide sociale)     Régie des rentes du Québec (RRQ)  
 Commission de santé et sécurité du travail (CSST-IVAC)     Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ)  
(en lien avec la déficience pour laquelle la présente demande est faite)  
 Autre \_\_\_\_\_

TRANSMETTRE CE FORMULAIRE REMPLI ET SIGNÉ À : jocelyne.paquet@ssss.gouv.qc.ca.  
CLASSER CE FORMULAIRE AU DOSSIER DE L'USAGER EN Y JOIGNANT LA LETTRE D'ACCEPTATION OU DE REFUS

#### 4 DÉFICIENCE ET IDENTIFICATION DES BESOINS (À compléter par le professionnel du secteur social ou médical)

**DÉFICIENCE** Ne cocher qu'une seule case (correspondant à la principale déficience)

- Physique ou sensorielle     Parole ou langage     Intellectuelle     TSA     Multi-DI     Multi-DP     Hémodialyse

Diagnostic : \_\_\_\_\_

**SERVICES À RECEVOIR**     Services diagnostiques     Adapt./Réadapt.     Traitements médicaux

Décrire brièvement le service : \_\_\_\_\_

Établissement visité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Code postal (obligatoire)**

Fréquence des déplacements : \_\_\_\_ /semaine    \_\_\_\_ /mois    \_\_\_\_ /année    DURÉE : \_\_\_\_ semaines ou \_\_\_\_ mois

- Voiture/Taxi     Transporteur \_\_\_\_\_     Bus     Train     Avion  
(Spécifier le nom de la compagnie de transport)

Hébergement : \_\_\_\_ nuits     Hôtel     Parents/amis     Manoir McDonald     \_\_\_\_\_

Accompagnateur :     Oui     Non

**SERVICES À RECEVOIR**     Services diagnostiques     Adapt./Réadapt.     Traitements médicaux

Décrire brièvement le service : \_\_\_\_\_

Établissement visité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Code postal (obligatoire)**

Fréquence des déplacements : \_\_\_\_ /semaine    \_\_\_\_ /mois    \_\_\_\_ /année    DURÉE : \_\_\_\_ semaines ou \_\_\_\_ mois

- Voiture/Taxi     Transporteur \_\_\_\_\_     Bus     Train     Avion  
(Spécifier le nom de la compagnie de transport)

Hébergement : \_\_\_\_ nuits     Hôtel     Parents/amis     Manoir McDonald     \_\_\_\_\_

Accompagnateur :     Oui     Non

**SERVICES À RECEVOIR**     Services diagnostiques     Adapt./Réadapt.     Traitements médicaux

Décrire brièvement le service : \_\_\_\_\_

Établissement visité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Code postal (obligatoire)**

Fréquence des déplacements : \_\_\_\_ /semaine    \_\_\_\_ /mois    \_\_\_\_ /année    DURÉE : \_\_\_\_ semaines ou \_\_\_\_ mois

- Voiture/Taxi     Transporteur \_\_\_\_\_     Bus     Train     Avion  
(Spécifier le nom de la compagnie de transport)

Hébergement : \_\_\_\_ nuits     Hôtel     Parents/amis     Manoir McDonald     \_\_\_\_\_

Accompagnateur :     Oui     Non

TRANSMETTRE CE FORMULAIRE REMPLI ET SIGNÉ À : [jocelyne.paquet@ssss.gouv.qc.ca](mailto:jocelyne.paquet@ssss.gouv.qc.ca).

CLASSER CE FORMULAIRE AU DOSSIER DE L'USAGER EN Y JOIGNANT LA LETTRE D'ACCEPTATION OU DE REFUS

Page 2 de 3

#### 4 DÉFICIENCE ET IDENTIFICATION DES BESOINS (À compléter par l'intervenant) - SUITE

##### SERVICES À RECEVOIR

Services diagnostiques  Adapt./Réadapt.  Traitements médicaux

Décrire brièvement le service : \_\_\_\_\_

Établissement visité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Code postal (obligatoire)**

Fréquence des déplacements : \_\_\_\_ /semaine \_\_\_\_ /mois \_\_\_\_ /année DURÉE : \_\_\_\_ semaines ou \_\_\_\_ mois

Voiture/Taxi  Transporteur \_\_\_\_\_  Bus  Train  Avion

(Spécifier le nom de la compagnie de transport)

Hébergement : \_\_\_\_ nuits  Hôtel  Parents/amis  Manoir McDonald  \_\_\_\_\_

Accompagnateur :  Oui  Non

##### SERVICES À RECEVOIR

Services diagnostiques  Adapt./Réadapt.  Traitements médicaux

Décrire brièvement le service : \_\_\_\_\_

Établissement visité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**Code postal (obligatoire)**

Fréquence des déplacements : \_\_\_\_ /semaine \_\_\_\_ /mois \_\_\_\_ /année DURÉE : \_\_\_\_ semaines ou \_\_\_\_ mois

Voiture/Taxi  Transporteur \_\_\_\_\_  Bus  Train  Avion

(Spécifier le nom de la compagnie de transport)

Hébergement : \_\_\_\_ nuits  Hôtel  Parents/amis  Manoir McDonald  \_\_\_\_\_

Accompagnateur :  Oui  Non

##### COMMENTAIRES :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### RESPECT DES CONDITIONS DU PROGRAMME

J'ai pris connaissance des conditions du Programme transport-hébergement et je m'engage à les respecter.

J'autorise le CISSS de Chaudière-Appalaches à procéder par dépôt direct pour le paiement des réclamations pour déplacements dans le cadre du Programme transport-hébergement et **je joins un spécimen de chèque portant la mention « NUL ».**

Signature de l'utilisateur (14 ans et +) ou son représentant légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
année – mois – jour

Nom du médecin ou du professionnel : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Signature du médecin ou du professionnel : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
année – mois – jour

Adresse bureau (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

TRANSMETTRE CE FORMULAIRE REMPLI ET SIGNÉ À : jocelyne.paquet@ssss.gouv.qc.ca.

CLASSER CE FORMULAIRE AU DOSSIER DE L'USAGER EN Y JOIGNANT LA LETTRE D'ACCEPTATION OU DE REFUS

Page 3 de 3

# Annexe 3

## Attestation de visites

Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches



### ATTESTATION DE VISITE PROGRAMME TRANSPORT-HÉBERGEMENT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ NO DE DOSSIER : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ NO D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_

**ENCERCLEZ LES JOURNÉES DURANT LESQUELLES LA PERSONNE  
S'EST RENDUE À VOTRE ÉTABLISSEMENT POUR RECEVOIR LE SERVICE ACCEPTÉ**

**AVRIL**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

**MAI**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**JUIN**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

**JUILLET**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**AOÛT**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**SEPTEMBRE**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

**OCTOBRE**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**NOVEMBRE**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

**DÉCEMBRE**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**JANVIER**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

**FÉVRIER**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29

**MARS**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

TOTAL DES VISITES : \_\_\_\_\_ NOM DE L'ÉTABLISSEMENT (INSTALLATION) : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE L'INSTALLATION : \_\_\_\_\_

SERVICES RENDUS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature d'un représentant de l'établissement  
ou du thérapeute qui a donné le service

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Date (année-mois-jour)

JOINDRE AU FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT



## INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

### DANS TOUS LES CAS

Fournir une **attestation de visite** dûment signée par le professionnel qui vous donne des services et la joindre au présent formulaire.

### INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Utiliser une ligne du formulaire de réclamation pour chaque déplacement. Si vous faites plus de 12 déplacements, veuillez utiliser un formulaire supplémentaire et **faites le total séparément pour chaque formulaire**.

- DATE :** Indiquer la date du déplacement : **année – mois – jour**
- DESTINATION :** Indiquer le nom de l'établissement qui vous donne les services ainsi que la ville.
- ACCOMPAGNATEUR :** Cocher dans la colonne appropriée. La présence d'un accompagnateur doit être prévue au plan d'intervention et approuvée.
- VÉHICULE PERSONNEL OU TAXI :** Indiquer la distance en kilomètres aller-retour et le montant total. Le programme accorde 0,295 \$ du km. Les personnes qui reçoivent des prestations de la Sécurité du revenu ont droit à 0,16 \$ du km.
- DÉDUCTION DE 50 KM :** Pour chaque déplacement, déduire 50 km au kilométrage réel effectué sauf pour les traitements répétitifs (ex : hémodialyse), les traitements intensifs (2 à 3 fois par semaine) et la stimulation précoce (pour les enfants de moins de 5 ans).
- AUTRES MOYENS DE TRANSPORT :** Indiquer le coût aller-retour et le moyen de transport utilisé. Considérer les frais de l'accompagnateur s'il y a lieu.
- REPAS :** **Indiquer les coûts réellement déboursés.** Considérer les frais de l'accompagnateur s'il y a lieu. Le maximum accordé par personne est :
- |            |         |
|------------|---------|
| Déjeuner : | 3,25 \$ |
| Dîner :    | 4,75 \$ |
| Souper :   | 4,75 \$ |
- HÉBERGEMENT :**
- |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| Établissement hôtelier (Montréal) : | 60,00 \$ |
| Ailleurs au Québec :                | 50,00 \$ |
| Établissement autre qu'hôtelier :   | 16,40 \$ |
- Lorsque cette situation est plus économique ou pour tout voyage de six ou sept jours, incluant les couchers à l'extérieur, un montant maximum de 325,00 \$ par semaine est accordé sur présentation de pièces justificatives originales.
- Pour les séjours de plus de sept jours, un montant de 12,75 \$ par jour est accordé pour les frais de repas et sur présentation de pièces justificatives originales, une indemnité quotidienne de 33,68 \$ est allouée pour les frais d'hébergement. Lorsque l'accompagnateur occupe la même chambre que la personne handicapée, un montant de 10,00 \$ par jour est ajouté pour l'hébergement, et de 12,75 \$ par jour, pour les repas. Ces montants couvrent l'hébergement, les repas et les déplacements du lieu d'hébergement au lieu de service.
- TOTAL :** Faire le total de chaque ligne, additionner la dernière colonne, inscrire le grand total et **signer le formulaire**.

**IMPORTANT :** Il est important de nous faire parvenir vos réclamations en respectant les périodes indiquées au calendrier de remboursement des frais de déplacement qui vous a été remis. Les réclamations qui n'auront pas été transmises dans les délais (le cachet postal en faisant foi) pourraient ne pas être remboursées. Par ailleurs, les personnes qui n'auront pas réclamé les sommes qui auraient dû l'être sur une période de six mois consécutifs verront leur dossier fermé.

### PIÈCES JUSTIFICATIVES EXIGÉES

**Les pièces justificatives fournies doivent être des originaux**

- Transport en commun :** Joindre des reçus (taxi, autobus, train, avion) pour chaque trajet, **aller et retour**.
- Repas :** **Les reçus sont exigés pour les repas.**
- Hébergement :** Joindre des reçus détaillés pour les dépenses d'hébergement. Pour les **couchers chez un parent ou un ami**, aucun reçu n'est exigé. Indiquer uniquement le **nom et l'adresse de ce dernier**.
- Stationnement :** Joindre les reçus de stationnement obtenus à la sortie.

**RETOURNER**, dûment rempli et signé, le formulaire de réclamation avec vos reçus **ORIGINAUX** brochés à ce formulaire, **par ordre de date**, à l'adresse suivante :

Service des allocations – Programme transport-hébergement  
Direction des ressources financières et des approvisionnements  
CISSS de Chaudière-Appalaches  
200, Mgr Bourget, Pavillon D, Porte F  
Lévis (Québec) G6V 2Y9

Tél. : 418 380-8996

**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 