

PROGRAMME D'AIDE TRANSPORT-HÉBERGEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

CADRE DE GESTION RÉGIONAL
GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

ÉTABLISSEMENT FIDUCIAIRE
Centre de réadaptation de la Gaspésie

Adopté au conseil d'administration le 7 mars 2013

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	4
1. OBJECTIF DU PROGRAMME	5
1.1 Principes généraux.....	5
1.2 Rôles et responsabilités des acteurs concernés.....	5
2. CLIENTÈLE VISÉE	7
3. DÉFINITIONS	8
4. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME.....	9
5. SITUATIONS PARTICULIÈRES	9
6. FACTEURS D'EXCLUSION.....	10
7. COUVERTURE DU PROGRAMME.....	10
8. MODALITÉS FINANCIÈRES.....	10
8.1 Avance de fonds.....	10
8.2 Modalités de remboursement	10
9. PROCÉDURE ET DOCUMENTS PERTINENTS À UNE DEMANDE.....	11
9.1 Documents	11
9.2 Fermeture du dossier.....	11
9.3 Cheminement d'une demande.....	12
10. COMITÉ D'ADMISSION AU PROGRAMME	12
11. GESTION DES PLAINTES.....	13
12. MÉCANISME DE RÉVISION	13
ANNEXE 1 - FORFAITS DU PROGRAMME	14
ANNEXE 2 - AGENTS PAYEURS – FACTEURS D'EXCLUSION	17
ANNEXE 3 - DEMANDE D'AIDE	19
ANNEXE 4 - PRÉVISION ET ESTIMATION DES COÛTS DU DÉPLACEMENT	30
ANNEXE 5 - CERTIFICAT MÉDICAL.....	33
ANNEXE 6 - ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT.....	35
ANNEXE 7 - FORMULAIRE DE RÉCLAMATION	37

INTRODUCTION

Le programme *Transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap* vise à supporter financièrement la personne ayant un handicap qui, en raison de l'absence, de l'éloignement ou de la fréquence des services qu'elle requière, engage des déboursés importants en ce qui concerne son transport et parfois son hébergement pour avoir accès à des services spécialisés en lien avec sa déficience.

Le présent cadre de gestion vient préciser les critères d'admissibilité au programme et proposer des modalités administratives qui permettront ainsi de mieux servir la personne ayant un handicap et d'en faciliter la gestion pour l'ensemble des acteurs impliqués.

Pour la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, c'est le Centre de réadaptation de la Gaspésie qui agit à titre de fiduciaire de gestion du programme.

1. OBJECTIF DU PROGRAMME

Procurer une aide financière compensatoire pour le déplacement de toute personne vivant avec un handicap, selon la définition précisée à la section « clientèle visée ». Ces déplacements doivent s'effectuer vers **l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux** offrant les services d'adaptation-réadaptation ou de complément de diagnostic liés aux déficiences déjà identifiées au plan d'intervention (PI) de la personne vivant avec un handicap. **Ces services doivent être offerts le plus près possible¹ du milieu de vie de la personne et doivent être reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ou par la RAMQ.**

Ce programme vise à soutenir les personnes vivant avec un handicap qui, compte tenu de leurs incapacités en raison de l'absence, de l'éloignement ou de la fréquence des services qu'elles requièrent, doivent généralement recourir plus souvent que la population en général à des services de santé et des services sociaux. La notion d'**aide financière compensatoire** vient donc appuyer cet énoncé.

1.1 *Principes généraux*

Le *Programme régional de transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap* s'appuie sur les principes suivants :

- Maintien de l'accessibilité universelle;
- Accessibilité en fonction des ressources disponibles affectées au programme;
- Évaluation des besoins de services de la personne vivant avec un handicap ;
- Réévaluation annuelle des prévisions de déplacement.;

1.2 *Rôles et responsabilités des acteurs concernés*

Agence de la santé et des services sociaux

- Mettre en place un modèle administratif régional qui prend en considération les principes directeurs mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réviser périodiquement;
- Mettre en place un processus de reddition de comptes qui puisse fournir l'information sur l'accessibilité au programme, la situation budgétaire ainsi que les principaux problèmes rencontrés dans l'application, et les recommandations pour les corriger;
- Participer au mécanisme de révision².

¹ Pour ce qui est des services médicaux en spécialités, le lieu de référence doit être en fonction des corridors de services établis par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

² Voir définition au point 12 de la page 13

Centre de réadaptation de la Gaspésie, fiduciaire du programme

- Recevoir les demandes d'inscription au programme pour l'ensemble des personnes vivant avec un handicap pour la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- S'assurer de l'admissibilité et de la conformité des demandes en fonction des paramètres du programme;
- Informer le demandeur de la décision retenue et des procédures de remboursement dans un délai maximal de 90 jours;
- Effectuer le paiement au demandeur dans un délai de 30 jours suite à la réception de la réclamation;
- Gérer la liste d'attente et définir des modalités pour établir la priorité des demandes, le cas échéant
- Préparer les états de situation du programme (sommes engagées, liste d'attente);
- Assumer la gestion des budgets et en assurer le suivi;
- Produire une reddition de comptes selon les attentes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- Gérer les plaintes de la clientèle;
- Convoquer et animer le comité d'admission, lequel soutient le fiduciaire dans le suivi du programme ;

Les établissements

Les établissements sont responsables de l'accueil, de l'évaluation et du soutien de la personne ayant un handicap notamment celle qui nécessite une aide financière pour le transport et l'hébergement. Pour ce faire, ils doivent :

- Diffuser l'information sur le programme à la clientèle cible;
- Supporter l'usager à compléter les documents nécessaires au programme;
- Assurer une représentation au comité d'admission;
- Procéder à l'évaluation de la personne ayant un handicap en utilisant l'outil d'évaluation multientente (OEMC) et, notamment la partie concernant le système de mesures de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) pour ce qui est de la première ligne;
- Élaborer un plan d'intervention (PI) en regard des besoins de la personne ayant un handicap afin de supporter son admissibilité au programme et remplir le formulaire de prévision de déplacement prévu au programme;
- Réviser, chaque année, le plan d'intervention, ajuster les prévisions de déplacement et les faire parvenir à l'établissement fiduciaire dans le but de planifier le budget nécessaire pour assurer les déplacements requis;
- Prévenir l'établissement fiduciaire du programme de tout déplacement non planifié dans les prévisions de déplacement;
- Évaluer l'aide qui peut être offerte à une personne ayant un handicap dans le cadre d'autres programmes lorsque celle-ci ne répond pas aux critères d'admissibilité du programme transport-hébergement.

Responsabilités de l'utilisateur

La personne ayant un handicap désirent bénéficier du programme doit s'adresser à son établissement de référence, soit le CSSS ou le centre de réadaptation, pour vérifier son admissibilité au programme. Avec la collaboration de l'établissement, elle doit ;

- Formuler une demande d'aide avec la participation de l'intervenant de l'établissement;
- Acheminer les documents nécessaires au traitement de sa demande par le fiduciaire;
- Faire parvenir les pièces justificatives nécessaires au remboursement dans les délais prévus;
- Aviser l'établissement fiduciaire de tout changement dans sa condition pouvant générer un impact sur ses prévisions de déplacements;
- Aviser l'établissement fiduciaire d'un changement de domicile permanent;
- Conserver les « avis de paiements » reçus aux fins d'impôt.

2. CLIENTÈLE VISÉE

Les personnes admissibles au programme sont les personnes vivant avec un handicap au sens de la définition de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*. (L.R.Q., chapitre E20.1)

« 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. »

Notons qu'il doit y avoir démonstration que la personne correspond à la définition d'une personne handicapée telle qu'elle est présentée dans ce guide et qu'une reconnaissance par un autre organisme, tel que la Régie des rentes du Québec ou l'Agence du Revenu du Canada pour un supplément ou une prestation pour enfants handicapés par exemple, ne constitue pas une garantie de l'acceptation de la personne aux fins du programme Transport-hébergement, les critères d'admissibilité pouvant différer entre les programmes. L'on comprendra que la clientèle de la santé physique exclut, notamment ; les maladies cardiaques et respiratoires, le diabète, le cancer, les fractures.

Plus précisément, nous définissons les notions de déficiences et d'incapacités telles qu'élaborées au sein des *Orientations ministérielles en déficience physique, objectifs 2004-2009*.

L'accompagnement

De façon générale, la présence d'une personne accompagnatrice sera considérée lorsque :

- La personne ayant un handicap ne peut voyager seule ou être laissée seule, en raison des limitations liées à sa déficience (médicalement prescrit);
- L'accompagnateur est nécessaire à la réalisation du plan de services.

3. DÉFINITIONS

Les personnes correspondant à la définition de la clientèle visée (décrite au point 2) doivent également correspondre aux définitions décrites plus bas :

Personne présentant une déficience physique

La personne, de tout âge, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon toutes probabilités d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale³.

Personne présentant une déficience intellectuelle

La personne présentant une déficience intellectuelle a des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Ces incapacités se manifestent dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques, et ce, avant l'âge de 18 ans⁴.

Personne présentant un trouble envahissant du développement

La personne présentant un trouble envahissant du développement a des déficits sur les plans cognitif, social, affectif, intellectuel, sensoriel et en matière d'acquisition du langage. On observe aussi des déficiences qualitatives sévères et envahissantes dans trois secteurs de son développement, soit les interactions sociales, la communication verbale ou non verbale et les intérêts et les comportements qui présentent un caractère restreint, stéréotypé et répétitif⁵.

Les enfants présentant un retard global du développement

Le retard global de développement est généralement associé à l'enfant de moins de 6 ans qui accuse un retard significatif par rapport à son âge chronologique, dans plusieurs sphères de son développement : motricité, cognition, développement socio-émotionnel, communication et autonomie. Ce retard se caractérise, entre autres par des limitations significatives du fonctionnement adaptatif.

Significative

Bien que la déficience puisse être significative en elle-même, ce sont plutôt les effets de la déficience qui se traduisent par des incapacités que l'on peut qualifier de significatives lorsqu'elles altèrent la réalisation des habitudes de vie ou des activités courantes.

Persistante

S'oppose à la notion de temporaire. Les lésions excluant les déficiences dues à des maladies dont l'évolution est variable, notamment : les maladies cardiaques et respiratoires, le diabète, le cancer et les fractures sont exclus lorsque les incapacités qui en découlent sont susceptibles de disparaître suite à des traitements, à des services d'adaptation ou réadaptation, à la prise de médicaments.

³ Orientations ministérielles en déficience physique 2004-2009, MSSS, 2003 Pour une participation à la vie communautaire

⁴ American Association on mental retardation (AAMR), Retard mental-Définition, classification et système de soutien, 10^e édition

⁵ American Association on mental retardation (AARM) Retard mental-Définition, classification et système de soutien, 10^e édition

4. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

- Toute personne vivant avec un handicap correspondant à la définition de la section « clientèle visée » et aux définitions indiquées au point 3. Toute personne ayant un statut de « résident du Québec », qui n'est pas hébergée dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et qui encoure des frais de déplacement découlant de la nécessité de recevoir des services d'adaptation-réadaptation, de complément diagnostic ou de traitement **en lien avec une déficience déjà identifiée au plan d'intervention (PI)**. La personne a sa résidence permanente sur le territoire couvert par la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. (Le Code civil du Québec définit la résidence permanente comme suit : « La résidence d'une personne est le lieu où elle demeure de façon habituelle; en cas de pluralité de résidences, on considère, pour l'établissement du domicile, celle qui a le caractère principal »).
- La distance des déplacements à parcourir doit être supérieure à 50 km aller-retour entre le lieu de résidence permanente de la personne vivant avec un handicap et l'établissement ou le lieu où les services seront offerts. Sont également admis, les déplacements intensifs d'une fréquence de 2 à 3 fois par semaine totalisant 50 km (ex. : réadaptation intensive).
- Tout déplacement doit être préalablement autorisé par le responsable du programme au CR de la Gaspésie et inscrit sur la prévision de déplacement.

5. SITUATIONS PARTICULIÈRES

Une personne peut être admise au programme lorsqu'elle se retrouve dans l'une des situations suivantes :

- Pour la personne vivant avec un handicap qui est bénéficiaire de la sécurité du revenu et utilisant un véhicule personnel, l'établissement fiduciaire autorise uniquement le remboursement de la différence entre les frais admissibles au programme et le remboursement du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- Pour la personne souffrant d'insuffisance rénale reconnue par le programme à partir du moment où elle doit recevoir des traitements d'hémodialyse⁶ ou de dialyse péritonéale, et ce, dans le respect des critères d'admissibilité.
- Pour les déplacements de traitement répétitif d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale;
- Pour les déplacements et les services de réadaptation qui nécessitent des suivis de façon intensive.
- Le programme d'aide couvre l'adaptation du véhicule pour les personnes inscrites. Une intervention de réadaptation est requise. Tout autre déplacement se rapportant à l'adaptation d'un véhicule est refusé.

⁶ L'hémodialyse sera offerte dans notre région en 2013, soit au Rocher-Percé. L'évaluation des frais de déplacements de ses usagers seront à refaire.

6. FACTEURS D'EXCLUSION

Ne peut bénéficier du *Programme régional de Transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap*:

- La personne dont les frais de déplacement sont assumés par d'autres agents payeurs (Annexe 2);
- La personne hébergée dans une ressource sans cohabitation, un CHSLD ainsi que l'enfant en placement temporaire. Il appartient à l'établissement responsable d'assumer les frais inhérents à un déplacement;
- La personne qui se déplace pour obtenir des services de santé et des services sociaux qui ne sont pas offerts par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ou par la RAMQ.

7. COUVERTURE DU PROGRAMME

Les forfaits admissibles aux fins de remboursement concernant le transport, l'hébergement, les frais de repas ainsi que les frais encourus par un accompagnateur sont inscrits à l'annexe 1 du présent cadre de référence.

Les forfaits sont des mesures administratives et peuvent être modifiés conjointement par l'établissement fiduciaire et l'Agence.

8. MODALITÉS FINANCIÈRES

8.1 *Avance de fonds*

Une avance budgétaire peut être accordée en estimant un maximum de 50 % du montant prévu du déplacement, et ce, pourvu que le délai imparti le permette. Par contre, si le bénéficiaire du programme reçoit une prestation de la sécurité du revenu, la demande d'avance de fonds doit être faite à son centre local d'emploi.

Lorsqu'un établissement du réseau de la santé fait une avance directement au bénéficiaire pour un déplacement, il doit y avoir préalablement une entente entre l'intervenant et le responsable du programme au Centre de réadaptation de la Gaspésie.

8.2 *Modalités de remboursement*

Le remboursement des frais de déplacement se fait à la personne admise au programme ayant un handicap ou à son représentant (exemple : parent ou tuteur d'un enfant). (annexe 7) En effet, aucun remboursement ne pourra être versé à un tiers. Le délai de paiement se fait à l'intérieur d'une période de 30 jours à la suite de la réception du formulaire de réclamation. Le délai de paiement peut être plus court si la personne adhère à la modalité du dépôt direct.

La réclamation doit être acheminée dans un délai de 30 jours suivant le déplacement. Exceptionnellement, les traitements intensifs de réadaptation requis qui s'étendent normalement sur une période de trois mois peuvent être faits à la fin de cette période.

Le formulaire de réclamation doit être dûment signé par la personne réclamant une aide financière ou par son représentant. Le document doit être accompagné de pièces justificatives originales. Les bénéficiaires de la sécurité du revenu peuvent fournir des photocopies des pièces justificatives.

9. PROCÉDURE ET DOCUMENTS PERTINENTS À UNE DEMANDE

9.1 Documents

Les documents suivants sont nécessaires afin d'analyser la demande :

- Formulaire de demande d'aide spécifique au programme (annexe 3) ou le rapport d'évaluation (OEMC) incluant le formulaire d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle (SMAF);
- Formulaire de prévision de déplacement spécifique au programme (annexe 4). Celui-ci doit être complété chaque année par l'intervenant;
- Certificat médical (annexe 5) signé par le médecin traitant ou spécialiste expliquant clairement le diagnostic et l'aspect significatif et persistant de la déficience;
- Rapport d'un professionnel de la réadaptation attestant de la présence d'une déficience (DM, DL, DA, DV, DI, TED);
- Autre formulaire : Adhésion au dépôt direct (annexe 6)

Ces formulaires doivent être acheminés au responsable du programme à l'adresse suivante :

*Programme de transport-hébergement
des personnes vivant avec un handicap
Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4*

9.2 Fermeture du dossier

Le responsable du programme procède à une fermeture de dossier lorsque celui-ci est inactif pendant plus de 3 ans. De plus, une prévision de déplacement doit être fournie par l'intervenant au dossier annuellement. Dans le cas contraire, le programme considère que l'utilisateur n'a plus de déplacement relié à son plan d'intervention (PI). Le responsable du programme fait parvenir une lettre à l'utilisateur mentionnant la fermeture de son dossier.

9.3 *Cheminement d'une demande*

1. L'utilisateur doit se référer à un intervenant, soit du :
 - CSSS le plus près;
 - CR s'il reçoit des services à cet endroit;
 - Autres, par exemple CSSS de Rimouski pour ce qui est de l'insuffisance rénale;
2. La demande est complétée par l'utilisateur ou son représentant légal avec l'appui de l'intervenant de l'établissement, le cas échéant;
3. La demande est alors acheminée au responsable du programme avec les documents nécessaires à l'analyse (point 9.1).
4. Le responsable doit s'assurer que le dossier est complet pour présenter la demande au comité d'admission.
5. Après décision avec le comité d'admission, l'utilisateur reçoit une lettre mentionnant l'acceptation ou le refus de sa demande d'aide, copie conforme à l'intervenant qui a produit la demande.

10. COMITÉ D'ADMISSION AU PROGRAMME

Mission

La mission première du comité est d'offrir une expertise multidisciplinaire par le biais de professionnels venant de milieux variés du réseau de la Santé et des Services sociaux dans le but de statuer et de prendre la décision la plus appropriée à chaque situation distincte quant à l'admission des nouvelles demandes au Programme régional de Transport-Hébergement des personnes vivant avec un handicap.

Mandat

1. Pour toutes nouvelles demandes d'admission au programme, le comité en fait l'analyse et rend une décision par consensus. Dans le cadre d'évaluation de demandes déjà admissibles, un consensus raisonnable est également nécessaire afin de bien statuer sur la poursuite des déplacements du bénéficiaire.
2. Le comité doit respecter le caractère confidentiel des nouvelles demandes et des demandes en cours.

Composition du comité d'admission

- Un représentant du Centre de réadaptation de la Gaspésie
- Un représentant du CSSS de La Haute Gaspésie
- La professionnelle de l'Agence au dossier Déficience physique

Le rôle de chacun des membres du comité est de :

- Prendre connaissance des dossiers à être discutés, faire des recherches au besoin sur les particularités qui seront discutées et faire une préanalyse des demandes avant la rencontre;
- Apporter des arguments et donner son point de vue selon sa propre expertise;
- Analyser les nouvelles demandes au programme selon le cadre de gestion;
- Procéder à l'examen de conformité des demandes et décider de l'admissibilité des personnes requérantes;
- Vérifier que les déplacements sont à l'endroit le plus approprié et le plus près;
- Se rallier à la décision selon un consensus.

Le rôle du fiduciaire du programme est de :

- Coordonner le comité au niveau des rencontres, effectuer un compte rendu;
- Acheminer au préalable le tableau synthèse des dossiers à discuter;
- Apporter au comité les demandes pour en faire l'analyse;
- Informer le comité des éléments nécessaires à la prise de décision;
- Rallier les membres à une décision;
- Informer les usagers de la décision du comité.

11. GESTION DES PLAINTES

Si une personne est en désaccord avec la décision rendue ou insatisfaite du traitement de son dossier par la direction responsable du programme, celle-ci ou son désigné à qui elle a donné son consentement, peut déposer une plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services à l'adresse suivante :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4

12. MÉCANISME DE RÉVISION

L'utilisateur pourra demander une révision à l'Agence s'il croit que la décision n'est pas conforme au cadre de gestion du programme.

ANNEXE 1 – Forfaits du programme

FORFAITS DU PROGRAMME

Les frais admissibles aux fins de remboursement concernent le transport, l'hébergement et les frais de repas pour la personne ayant un handicap qui est admise au programme ainsi que pour son accompagnateur:

Transport

L'utilisateur, en tout temps, doit être à bord du véhicule pour tout déplacement inscrit et autorisé sur la prévision de déplacement.

Un déplacement, autant à l'aller qu'au retour, doit se faire dans une même journée sauf si la condition de santé de la personne ayant un handicap ne le permet pas et qu'une recommandation médicale à cet effet est présente au dossier. Dans ce cas, les frais de séjour sont également remboursables (voir hébergement)

Le mode de transport privilégié doit être l'autobus. En tenant compte de la santé et la condition physique de la personne ainsi que de la réalité géographique, exceptionnellement, un autre moyen de transport peut être utilisé.

Pour les déplacements, les distances routières sont établies en référence aux codes postaux du lieu de résidence de la personne et du lieu de services, tel que calculé par le site Internet de MapQuest.

Le taux de remboursement est **0,295 \$** du kilomètre pour un véhicule personnel ou le transport adapté. Pour ce qui est de l'autobus, du taxi et du train en classe économique, le coût réel est remboursé sous présentation des originaux. Le stationnement est également remboursé sur présentation d'une pièce justificative reliée au déplacement de la personne ayant un handicap. La personne qui choisit librement d'aller vers un établissement ou un lieu autre que celui prescrit dans son plan d'intervention ne peut bénéficier du programme d'aide de la politique. Elle doit payer l'ensemble des frais de transport et d'hébergement.

Hébergement

Pour la personne ayant un handicap qui utilise l'hébergement dans un établissement hôtelier, un montant de **60 \$** par nuit sera remboursé lorsque le séjour s'effectue à Montréal ou à Québec. Pour tous les déplacements ailleurs au Québec, un montant de **50 \$** sera remboursé. **La présentation des factures originales est obligatoire** pour effectuer le remboursement. Dans le cas d'un hébergement chez un membre de la famille ou chez un ami, un montant forfaitaire de **20 \$** par nuit sera remboursé.

0 km à 600 km	Aucun hébergement
601 km à 1200 km	Un hébergement
1201 km et plus	Deux hébergements

*Kilométrage basé sur un transport aller-retour

Repas

L'allocation financière accordée pour les repas à la personne ayant un handicap admissible est la suivante :

Déjeuner :	5 \$
Dîner :	6 \$
Souper :	9 \$
Total par jour :	20 \$

Les repas sont accordés selon les heures de départ et d'arrivée considérant l'heure du rendez-vous. Le temps approximatif pour se rendre est calculé selon le kilométrage et non selon le temps réel. Un déjeuner est autorisé lorsque le départ doit se faire avant 7 h 30. Un dîner est autorisé si le départ se fait avant 11 h 30 et l'arrivée après 13 h 30. Si le départ se fait avant 17 h 30 et l'arrivée après 18 h 30, un souper est autorisé.

Accompagnateur familial ou social

Les requérants en deçà de 18 ans et ceux dont la condition clinique nécessite la présence d'un accompagnateur peuvent bénéficier d'une aide financière. Le besoin d'un accompagnateur doit être médicalement prescrit. Le programme ne paie qu'un seul accompagnateur. L'accompagnateur doit occuper la même chambre que la personne handicapée et bénéficie d'un montant de 10 \$ par jour pour l'hébergement en hôtellerie et de 20 \$ par jour pour les trois repas.

Aide maximale accordée

Le montant de 650 \$ par mois constitue l'aide maximale pour toutes les dépenses engagées par le requérant sur une période de 6 mois. Une entente doit être prise au préalable avec le responsable du programme.

Séjour prolongé

Lorsque cette situation est plus économique ou pour tout voyage de plus de quatre jours, le programme remboursera jusqu'à concurrence de **350 \$/semaine** pour le premier mois comprenant l'hébergement et les repas, si les dépenses le justifient. Une entente doit être prise au préalable avec le responsable du programme.

En ce qui concerne les séjours de plus d'un mois, une entente préalable *avant* le départ doit être également prise entre le requérant du programme ou son représentant et la personne responsable du programme de Transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap. Une évaluation des coûts est alors établie et un montant supplémentaire maximum de **650 \$** par mois peut être autorisé si les dépenses le justifient.

Frais non admissibles à un remboursement

- Les transferts interétablissements;
- Tous les rendez-vous médicaux qui ne sont pas en lien avec le plan d'intervention ou le plan de services individualisé.
- Les transports ambulanciers
- Tous déplacements par les proches aidants dont l'utilisateur n'est pas présent dans l'automobile.

ANNEXE 2 – Agents payeurs – Facteurs d'exclusion

Liste des agents payeurs menant à l'exclusion du programme (point 6 : Facteurs d'exclusion)

- SAAQ, Société de l'Assurance Automobile du Québec
- CSST, Commission de Santé et Sécurité au Travail
- IVAC, Indemnisation des victimes d'actes criminels
- Ministère de la Justice du Québec;
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada;
- Ministère des Anciens Combattants;
- Solliciteur général du Canada;
- Ministère de la Défense nationale;
- Ministère des Affaires indiennes et du Nord du Canada;
- Assurances privées;

ANNEXE 3 - Demande d'aide

DEMANDE D'AIDE



PROGRAMME RÉGIONAL DE TRANSPORT-HÉBERGEMENT DES PERSONNES VIVANT UN HANDICAP

RETOURNER CE QUESTIONNAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ À :

Responsable du Programme régional de transport-hébergement
des personnes vivant un handicap
Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4
418 763-3325

GUIDE D'UTILISATION

S.V.P., écrire en caractères d'imprimerie et à l'encre noire

Vous pouvez détacher les deux premières pages du formulaire pour le remplir.

1. IDENTIFICATION

N° d'assurance-maladie

Prenez soin d'indiquer votre numéro d'assurance-maladie au complet (facultatif) ou celui de la personne pour qui vous faites une demande, car celui-ci servira d'identification pour le dossier.

Exemple :

P		I		N		C		4		2		0		6		2		4		1		6
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

Identification de la personne qui fait ou pour qui est faite la demande :

Lorsque vous n'utilisez pas régulièrement votre nom de famille à la naissance, vous devez inscrire le nom que vous utilisez le plus fréquemment à l'indication « nom habituel ».

Identification de la représentante ou du représentant de la personne pour qui est faite la demande :

Si la personne qui signe le formulaire n'est pas la personne pour qui est faite la demande, elle indique son nom ainsi que la relation avec la personne pour qui est faite la demande (tutrice, tuteur, curatrice, curateur, père, mère, conjointe, conjoint, ou tout autre personne qui assiste et représente régulièrement la personne pour qui est faite la demande). Cette représentation n'a lieu que si la personne pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans, mais est incapable d'administrer ses biens. Un employé d'un établissement qui héberge ou fournit des services à la personne pour qui la demande est faite ne peut signer le formulaire à moins qu'il ne s'agisse d'une des personnes énumérées précédemment.

2. ADMISSIBILITÉ

Cette partie doit être obligatoirement remplie, et devra être appuyée par un rapport médical d'une ou d'un professionnel reconnu (médecin, spécialiste, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, etc.) décrivant les déficiences et les limitations fonctionnelles justifiant la demande. Ces renseignements sont nécessaires afin de nous permettre de déterminer si la personne qui fait une demande correspond à la définition légale d'une personne ayant un handicap et est admissible à nos services.

Personne ayant un handicap : 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.

3. SOURCE DE REVENUS

Description des sources de revenus

Vous devez compléter la partie « Description des sources de revenus » en indiquant le type de revenu (assurance-emploi, sécurité du revenu, etc.).

4. IDENTIFICATION DES BESOINS

Décrivez, le mieux possible, ce que vous vivez actuellement et les principales difficultés que vous rencontrez en fonction de votre ou vos déficiences. Si vous recevez déjà certains services, décrivez-les ainsi que les dépenses supplémentaires que vous devez faire pour recevoir ces services ou pour remplacer des services manquants. La demande d'aide vous permet d'indiquer le moyen que vous voudriez pour répondre à votre besoin.

5. ENGAGEMENT

Vous devez signer l'engagement ci-joint afin de nous permettre de vous accorder, si nécessaire, l'aide matérielle essentielle à la réalisation de votre demande d'aide. Vous devez fournir au Centre de réadaptation de la Gaspésie, les renseignements et documents nécessaires pour déterminer votre admissibilité et supporter les frais qui sont laissés à votre charge ou à celle de votre famille dans votre demande d'aide.

Si vous avez moins de 18 ans ou si vous avez plus de 18 ans, mais êtes incapable d'administrer vos biens, l'engagement doit également être signé par une personne qui vous assiste et vous représente régulièrement, tel que décrit à la section 1 du présent guide d'utilisation.

1. IDENTIFICATION

N° d'assurance-maladie :
(facultatif)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT OU POUR QUI EST FAITE LA DEMANDE

Nom à la naissance _____		Prénom _____	
Nom habituel _____		Sexe _____	Date de naissance _____ _____ _____ année mois jour
Adresse permanente _____		App. _____	
N° _____	Rue _____	Code postal _____	
Ville _____		Province _____	Code postal _____
Adresse actuelle _____ (si différente)		App. _____	
N° _____	Rue _____	Code postal _____	
Ville _____		Province _____	Code postal _____
N° de téléphone (____) _____	(____) _____	(____) _____	Autre, précisez _____
Code	Résidence	Code	Travail
Pour vous joindre au téléphone, devons-nous utiliser un appareil pour malentendante ou malentendant? (TTY ou ATME) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Si la personne qui fait ou pour qui est faite la demande n'est pas celle qui remplit le présent formulaire, complétez la section suivante :

IDENTIFICATION DE LA REPRÉSENTANTE OU DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE POUR QUI EST FAITE LA DEMANDE

Nom à la naissance _____		Prénom _____	
Nom habituel _____		Lien avec la personne pour qui est faite la demande	
<input type="checkbox"/> Père ou mère	<input type="checkbox"/> Tutrice ou tuteur	<input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint	<input type="checkbox"/> Curatrice ou curateur
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____			
Adresse permanente _____		App. _____	
N° _____	Rue _____	Code postal _____	
Ville _____		Province _____	Code postal _____
N° de téléphone (____) _____	(____) _____	(____) _____	Autre, précisez _____
Code	Résidence	Code	Travail

À l'usage du Centre de réadaptation de la Gaspésie

Déficiência _____

Accepté par : _____ Date : _____

2. ADMISSIBILITÉ

DÉFICIENCE

Identifiez la déficience et décrivez-la brièvement. Indiquez pour chacune la cause et la date d'apparition.

DÉFICIENCE 1 - CAUSE	DATE	DÉFICIENCE 2 - CAUSE	DATE
<input type="checkbox"/> acquise à la naissance	Date :	<input type="checkbox"/> acquise à la naissance	Date :
<input type="checkbox"/> due à une maladie	Date :	<input type="checkbox"/> due à une maladie	Date :
<input type="checkbox"/> causée par un accident de travail	Date :	<input type="checkbox"/> causée par un accident de travail	Date :
<input type="checkbox"/> causée par un accident de la route	Date :	<input type="checkbox"/> causée par un accident de la route	Date :
<input type="checkbox"/> autre accident	Date :	<input type="checkbox"/> autre accident	Date :

Description :

Utilisez-vous des aides techniques, prothèses, orthèses ou tout autre moyen pour compenser la déficience et vous permettre d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne?
(Exemples : aide auditive, aide visuelle, fauteuil roulant, interprète, parrainage civique, dialyse, appareil respiratoire, etc.)

OUI Indiquez lesquelles : _____

NON _____

ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE	Capable seul		Capable avec aide		Incapable	Ne s'applique pas
	Sans difficulté	Avec difficulté	D'une personne	Technique		
Voici une liste d'activités et de comportements de la vie quotidienne. Pour chaque action, cochez les réponses qui décrivent le mieux la manière dont vous pouvez l'accomplir habituellement et actuellement en fonction de la déficience.						
Reconnaître les personnes et les objets						
Vous déplacer dans le voisinage sans vous perdre						
Apprendre (exemples : suivre un mode d'emploi, une directive)						
Établir ou maintenir des relations avec les gens						
Prendre ou assumer des responsabilités						
Organiser, prévoir une activité dans le temps (exemple : revenir à l'heure pour les repas)						
Parler						
Vous faire comprendre						
Écouter avec attention quelqu'un ou un message						
Entendre						

ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE	Capable seul		Capable avec aide		Incapable	Ne s'applique pas
	Sans difficulté	Avec difficulté	D'une personne	Technique		
Voici une liste d'activités et de comportements de la vie quotidienne. Pour chaque action, cochez les réponses qui décrivent le mieux la manière dont vous pouvez l'accomplir habituellement et actuellement en fonction de la déficience.						
Lire						
Écrire						
Comprendre le sens d'un signe ou symbole (exemples : flèches, feux de circulation)						
Aller aux toilettes						
Prendre un bain ou une douche						
Faire votre toilette (exemples : brosser ses dents, se laver les mains ou le visage, se peigner)						
Vous habiller ou vous déshabiller						
Manger						
Marcher						
Monter, descendre les escaliers						
Vous lever ou vous coucher						
Monter et descendre d'un véhicule						
Conduire un véhicule						
Faire les courses et transporter vos paquets						
Donner des soins à un enfant ou une personne à charge						
Préparer des repas						
Entretenir la maison (exemples : époussetage, lavage, faire les lits)						
Effectuer les travaux lourds (exemple : faire le grand ménage)						
S'étirer ou se baisser pour atteindre, attraper ou déplacer un objet						
Garder votre équilibre						
Maintenir une position (exemple : rester debout ou assis)						
Ouvrir ou fermer les portes, les robinets, etc.						
Manipuler de petits objets avec les doigts (exemple : clés)						
Effectuer un effort physique soutenu						
Endurer des facteurs environnementaux (exemples : chaleur, froid, lumière, bruit, poussière)						
Autres difficultés, précisez :						

3. SOURCES DE REVENUS

À compléter obligatoirement

- Emploi rémunéré
- Aide sociale
- Commission de santé et sécurité du travail (CSST)
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
- Régie des rentes du Québec (RRQ)
- Pension de vieillesse et supplément de revenu
- Prestations d'assurances personnelles
- Assurance-emploi

Indiquez combien de personnes dépendent de cette source de revenus :

Signature de la personne autorisée

Date

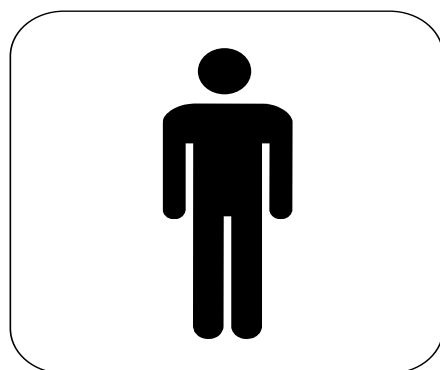
4 IDENTIFICATION DES BESOINS

Cette étape vise à établir avec vous des moyens d'action correspondant à l'ensemble de vos besoins : vous devez cocher sur le tableau suivant les différents domaines dans lesquels vous avez des besoins et les décrire dans la page suivante.

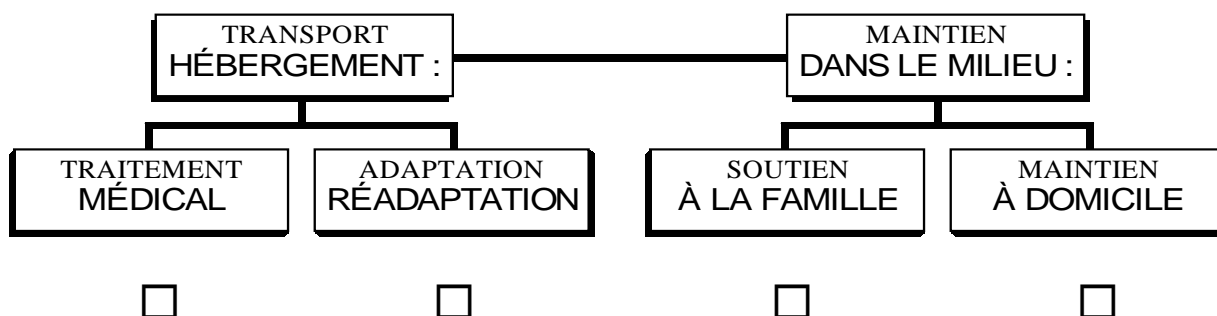
Vous trouverez dans le document d'accompagnement les renseignements nécessaires pour savoir quel genre de besoins peut se trouver dans les différents domaines d'intervention. Chacun de vos besoins peut faire l'objet d'une demande d'intervention.

L'important, c'est que vous nous donniez, autant que vous sachiez, vos besoins et le genre d'aide que vous recherchez.

Vous pouvez également vous adresser aux organismes de votre milieu (CLSC, centre de réadaptation ou autres) afin de vous aider à identifier vos besoins et à déterminer quelles interventions seraient nécessaires pour préparer et réaliser votre demande d'aide.



DEMANDE D'AIDE



Mes besoins sont : _____

Les services que je reçois présentement sont :

Services _____

Organisme ou établissement _____

Nom de la personne qui donne les services _____

Adresse _____

Téléphone _____

Dépenses occasionnées par ma déficience _____

Je demande de l'aide financière pour : _____

ANNEXE 4 – Prévion et estimation des coûts du déplacement

PRÉVISION DE DÉPLACEMENT - TRANSPORT-HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES AYANT UN HANDICAP

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE LA PRÉVISION DE VOS DÉPLACEMENTS POUR L'ANNÉE QUI DÉBUTE À LA DATE DE SIGNATURE DE CE DOCUMENT

À COMPLÉTER PAR L'INTERVENANT

SECTION A - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP	NOM	PRÉNOM	N° D'ASSURANCE-MALADIE (facultatif)	N° DE TÉLÉPHONE				
	ADRESSE COMPLÈTE						CODE POSTAL	
	IDENTIFICATION DE LA REPRÉSENTANTE OU DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP							
	NOM			PRÉNOM				
	LIEN AVEC LA PERSONNE VIVANT UN HANDICAP <input type="checkbox"/> Mère ou père <input type="checkbox"/> Tutrice ou tuteur <input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint <input type="checkbox"/> Curatrice ou curateur <input type="checkbox"/> Autres, précisez :							
SECTION B - IDENTIFICATION BESOINS (DÉPLACEMENT 1, DÉPLACEMENT 2, DÉPLACEMENT 3)	SERVICES À RECEVOIR – DÉPLACEMENT 1							
	<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Audiologie	<input type="checkbox"/> Stimulation précoce			
	<input type="checkbox"/> Hémodialyse	<input type="checkbox"/> Évaluation	<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
	Nombre de fois : Par : <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année		Période prévue :		Du	A	M	J
					au	A	M	J
	Services offerts par (organisme ou établissement) :							
	S'il s'agit d'un établissement hors région, expliquez :							
	SERVICES À RECEVOIR – DÉPLACEMENT 2							
	<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Audiologie	<input type="checkbox"/> Stimulation précoce			
	<input type="checkbox"/> Hémodialyse	<input type="checkbox"/> Évaluation	<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :				
	Nombre de fois : Par : <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année		Période prévue :		Du	A	M	J
					au	A	M	J
Services offerts par (organisme ou établissement) :								
S'il s'agit d'un établissement hors région, expliquez :								
SERVICES À RECEVOIR – DÉPLACEMENT 3								
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Audiologie	<input type="checkbox"/> Stimulation précoce				
<input type="checkbox"/> Hémodialyse	<input type="checkbox"/> Évaluation	<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :					
Nombre de fois : Par : <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année		Période prévue :		Du	A	M	J	
				au	A	M	J	
Services offerts par (organisme ou établissement) :								
S'il s'agit d'un établissement hors région, expliquez :								
SECTION C - ACCOMPAGNATEUR ET MODE DE TRANSPORT	<input type="checkbox"/> La personne vivant un handicap ne nécessite pas d'accompagnateur <input type="checkbox"/> La personne ci-haut identifiée doit être accompagnée dans ses déplacements (joindre un document médical spécifiant les raisons si la personne ayant un handicap est âgée de plus de 18 ans)							
	Transport en commun : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, indiquer le mode de transport recommandé : _____ Justification : _____							
SECTION D - IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT	NOM		PRÉNOM		FONCTION			
	NOM DE L'ORGANISME OU DE L'ÉTABLISSEMENT							
	ADRESSE COMPLÈTE						CODE POSTAL	
	N° DE TÉLÉPHONE		DATE (A/ M/J)		SIGNATURE			

DÉPLACEMENT 1	SECTION 1 – FRAIS DE TRANSPORT DU DOMICILE VERS LE LIEU DU SERVICE			SECTION 2 – FRAIS D'HÉBERGEMENT			SECTION 3 – FRAIS DE REPAS		
	Mode de transport	Coût aller-retour		Hôtel, motel, parents, amis ou autre (60 \$ - 50 \$ - 16,40 \$)	Personne ayant un handicap		Déjeuners (3,50 \$), diners (5,75 \$), soupers (5,75 \$)	Personne ayant un handicap	
		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)
A) <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Taxi	A) \$ +	A) \$ +	D) N ^{bre} de nuits :	D) x	D) x	F) N ^{bre} de déjeuners :	F) x	F) x	
B) Automobile – N ^{bre} km : X 0,295 \$ =	B) \$ +	B) \$ +	E) Coût d'une nuit :	E) \$	E) \$	Total	5) \$	8) \$	
C) Autres, précisez :	C) \$ =	C) \$ =	Total	3) \$	4) \$	G) N ^{bre} de diners :	G) x	G) x	
Total	1) \$	2) \$				Total	6) \$	9) \$	
						H) N ^{bre} de soupers :	H) x	H) x	
						Total	7) \$	10) \$	

DÉPLACEMENT 2	SECTION 1 – FRAIS DE TRANSPORT DU DOMICILE VERS LE LIEU DU SERVICE			SECTION 2 – FRAIS D'HÉBERGEMENT			SECTION 3 – FRAIS DE REPAS		
	Mode de transport	Coût aller-retour		Hôtel, motel, parents, amis ou autre (60 \$ - 50 \$ - 16,40 \$)	Personne ayant un handicap		Déjeuners (3,50 \$), diners (5,75 \$), soupers (5,75 \$)	Personne ayant un handicap	
		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)
A) <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Taxi	A) \$ +	A) \$ +	D) N ^{bre} de nuits :	D) x	D) x	F) N ^{bre} de déjeuners :	F) x	F) x	
B) Automobile – N ^{bre} km : X 0,295 \$ =	B) \$ +	B) \$ +	E) Coût d'une nuit :	E) \$	E) \$	Total	5) \$	8) \$	
C) Autres, précisez :	C) \$ =	C) \$ =	Total	3) \$	4) \$	G) N ^{bre} de diners :	G) x	G) x	
Total	1) \$	2) \$				Total	6) \$	9) \$	
						H) N ^{bre} de soupers :	H) x	H) x	
						Total	7) \$	10) \$	

DÉPLACEMENT 3	SECTION 1 – FRAIS DE TRANSPORT DU DOMICILE VERS LE LIEU DU SERVICE			SECTION 2 – FRAIS D'HÉBERGEMENT			SECTION 3 – FRAIS DE REPAS		
	Mode de transport	Coût aller-retour		Hôtel, motel, parents, amis ou autre (60 \$ - 50 \$ - 16,40 \$)	Personne ayant un handicap		Déjeuners (3,50 \$), diners (5,75 \$), soupers (5,75 \$)	Personne ayant un handicap	
		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)		Personne ayant un handicap	Accompagnateur (si autorisé)
A) <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Taxi	A) \$ +	A) \$ +	D) N ^{bre} de nuits :	D) x	D) x	F) N ^{bre} de déjeuners :	F) x	F) x	
B) Automobile – N ^{bre} km : X 0,295 \$ =	B) \$ +	B) \$ +	E) Coût d'une nuit :	E) \$	E) \$	Total	5) \$	8) \$	
C) Autres, précisez :	C) \$ =	C) \$ =	Total	3) \$	4) \$	G) N ^{bre} de diners :	G) x	G) x	
Total	1) \$	2) \$				Total	6) \$	9) \$	
						H) N ^{bre} de soupers :	H) x	H) x	
						Total	7) \$	10) \$	

Estimation du coût des déplacements

Dépla. 1 : 1) + 2) =	\$ (T1)	3) + 4) =	\$ (T2)	5) + 6) + 7) + 8) + 9) + 10) =	\$ (T3)	T1 + T2 + T3 =	\$ Grand total 1	GT1 + GT2 + GT3 =	\$ GT4
Dépla. 2 : 1) + 2) =	\$ (T1)	3) + 4) =	\$ (T2)	5) + 6) + 7) + 8) + 9) + 10) =	\$ (T3)	T1 + T2 + T3 =	\$ Grand total 2		
Dépla. 3 : 1) + 2) =	\$ (T1)	3) + 4) =	\$ (T2)	5) + 6) + 7) + 8) + 9) + 10) =	\$ (T3)	T1 + T2 + T3 =	\$ Grand total 3		

ANNEXE 5 – Certificat médical

CERTIFICAT MÉDICAL
Programme régional de transport-hébergement

**A. CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP OU SON REPRÉSENTANT
(ÉCRIVEZ EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)**

Nom de la personne handicapée : _____	Date de naissance : _____ / _____ / _____	N° d'assurance maladie (facultatif) : _____ / _____ / _____
Adresse complète : _____		
Nom de son représentant : _____		Lien de parenté avec la personne handicapée : _____
<i>Par la présente, j'accepte d'aviser le Centre de réadaptation de la Gaspésie de tout changement qui ferait en sorte que la personne handicapée, dont le nom est indiqué ci-dessus, ne répond plus aux conditions d'admissibilité.</i>		
Signature de la personne handicapée ou de son représentant _____	Date _____	Ind. rég. _____ Téléphone _____

B. CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN. (TOUTES LES PARTIES DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES)

Précisions sur la déficience	
1. Nature de la déficience (cochez la case appropriée en a) et b) obligatoirement)	
a) <input type="checkbox"/> physique <input type="checkbox"/> mentale b) <input type="checkbox"/> temporaire <input type="checkbox"/> permanente	
2. Date du début de la déficience : _____ / _____ / _____	
3. Quel est le diagnostic médical? _____ _____	
4. Pronostic : <input type="checkbox"/> Amélioration possible <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Détérioration	
5. Quelles sont les conditions associées? _____ _____	
6. Description détaillée des effets de la déficience qui limitent de façon marquée la capacité de la personne d'accomplir une activité courante de tous les jours : _____ _____ _____	
(Annexez une feuille si l'espace est insuffisant)	
7. Autres, données objectives et pertinentes. (ex. : Taille, poids, etc.) _____	
8. Est-ce que la personne utilise dans ses activités de la vie quotidienne un moyen pour pallier son handicap (orthèses, prothèses...)? Si oui, précisez : _____	
J'atteste que la personne, dont le nom est indiqué, ci-dessus répond aux conditions d'admissibilité requises pour être considérée comme une personne ayant une déficience significative et persistante dont les effets sont tels que sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée.	
Nom du médecin (écrire en caractères d'imprimerie) : _____	
Adresse complète : _____	
Code postal : _____	
Signature du médecin _____	Date _____ Ind. rég. _____ Téléphone _____

**Retournez au Responsable du programme Transport/hébergement
Centre de Réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4**

ANNEXE 6 – Adhésion au dépôt direct

**ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT
PROGRAMME TRANSPORT-HÉBERGEMENT**

Identification du payeur

Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4

Nom du bénéficiaire : _____

N° de RAMQ (facultatif): _____

Autorisation de la personne responsable :

Identification et adresse : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

**J'autorise, par la présente, le Centre de réadaptation de la Gaspésie
à effectuer des dépôts au compte ci-dessous.**

Signataire autorisé

Identification de votre institution financière

Nom de l'institution : _____

Adresse de l'institution : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Important :
Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ »
pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou
d'institution financière, veuillez aviser
le Centre de réadaptation de la Gaspésie.

ANNEXE 7 – Formulaire de réclamation

GUIDE POUR RÉCLAMER VOS FRAIS DE DÉPLACEMENT

POUR RÉCLAMER LES FRAIS POUR LES TRANSPORTS RELIÉS À VOTRE HANDICAP OU CELUI DE VOTRE ENFANT, IL FAUT FOURNIR LES PIÈCES SUIVANTES :

- | | |
|---|--|
| A. La preuve originale de votre visite chez le médecin ou de l'établissement fréquenté. | E. L'accompagnement est défrayé automatiquement pour un jeune enfant, mais pour un adulte, il doit être prescrit par votre médecin. |
| B. Les reçus d'essence et de stationnement, si vous êtes obligé de vous déplacer en automobile et les reçus de stationnement à l'hôpital. | F. Si vous êtes bénéficiaire de la sécurité du revenu, vous devez nous fournir une copie des talons de chèque reçus comme avance et règlement final. |
| C. Les billets originaux d'autobus, de train ou de taxi. | Si d'autres renseignements vous étaient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec la responsable du programme. |
| D. Lors d'hébergement chez des parents ou des amis, il faut fournir l'adresse et le numéro de téléphone de l'endroit. Le maximum accordé par jour accompagné ou non est de 20 \$. Si aucune ressource n'est disponible, les frais sont remboursés à 60 \$ à Québec ou à Montréal. À l'extérieur de ces deux villes, le tarif remboursé est de 50 \$. Pour les séjours d'une durée prolongée, une entente doit être prise préalablement. | |

Julie Ouellet

Responsable du Programme régional de transport-hébergement
des personnes vivant un handicap
Centre de réadaptation de la Gaspésie

230, route du Parc
Ste-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4
Téléphone: 418 763-3325
Télécopieur: 418 763-5631
Courriel: julie.ouellet.crg@ssss.gouv.qc.ca

*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie –
Îles-de-la-Madeleine*

Québec 