

**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 REMPLIR PAR L'INTERVENANT**

<b>SECTION A - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP</b>	<b>NOM</b>	<b>PRÉNOM</b>	<b>NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE</b>	<b>N° DE TÉLÉPHONE</b>		
	<b>ADRESSE COMPLÈTE</b>					<b>CODE POSTAL</b>
	<b>IDENTIFICATION DU RESPONSABLE OU DE LA REPRÉSENTANTE OU DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP - VOIR PRÉCISION À L'ENDOS DU FORMULAIRE – PRÉVISION DE DÉPLACEMENT – SECTION A – 1<sup>RE</sup> PUCE</b>					
	<b>NOM</b>			<b>PRÉNOM</b>		
	<input type="checkbox"/> Mère ou père <input type="checkbox"/> Tutrice ou tuteur <input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint <input type="checkbox"/> Curatrice ou curateur Le client a-t-il atteint l'âge de 18 ans depuis la dernière demande :                      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le client est-il bénéficiaire de la Sécurité du revenu :    : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
<b>SECTION B - IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE ET DES SERVICES (DÉPLACEMENT 1, DÉPLACEMENT 2)</b>	<b>DÉFICIENCE :</b>					
	Précisez :					
	<b>SERVICES À RECEVOIR – DÉPLACEMENT 1</b>					
	<b>SERVICES REQUIS POUR :</b> <input type="checkbox"/> Adaptation – Réadaptation <input type="checkbox"/> Diagnostic ou complément diagnostic <input type="checkbox"/> Traitements					
	<b>SI TRAITEMENT, INSCRIRE LE NOM :</b> _____					
	<b>UNE COPIE DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE EST OBLIGATOIRE</b>					
	<input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Psy et neuropsychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Hémodialyse <input type="checkbox"/> Diagnostic ou complément diagnostic Inscrit au PI ou PSI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Distance à parcourir : _____ Km					
	Nombre de fois :		Période prévue :		Du	
	Par : <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année				A    M    J    au    A    M    J	
	Services offerts par : (établissement et lieu) :					
S'il s'agit d'un établissement hors du corridor de service?, expliquez :						
<b>SECTION B - IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE ET DES SERVICES (DÉPLACEMENT 1, DÉPLACEMENT 2)</b>	<b>SERVICES À RECEVOIR – DÉPLACEMENT 2</b>					
	<b>SERVICES REQUIS POUR :</b> <input type="checkbox"/> Adaptation – Réadaptation <input type="checkbox"/> Diagnostic ou complément diagnostic <input type="checkbox"/> Traitements					
	<b>SI TRAITEMENT, INSCRIRE LE NOM :</b> _____					
	<b>UNE COPIE DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE EST OBLIGATOIRE</b>					
	<input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Psy et neuropsychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Hémodialyse <input type="checkbox"/> Diagnostic ou complément diagnostic Inscrit au PI ou PSI : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Distance à parcourir : _____ Km					
	Nombre de fois :		Période prévue :		Du	
	Par : <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année				A    M    J    au    A    M    J	
	Services offerts par : (établissement et lieu) :					
	S'il s'agit d'un établissement hors du corridor de service? expliquez :					
	<b>SECTION C - ACCOMPAGNATEUR ET TRANSPORT</b>	<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 <b>(Si cette personne est âgée de plus de 18 ans, un billet médical est obligatoire)</b>						
Transport en commun : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                      Si non, mode de transport recommandé : _____ Justification : _____						
<b>SECTION D - IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT</b>	<b>NOM</b>		<b>PRÉNOM</b>		<b>FONCTION</b>	
	<b>NOM DE L'ORGANISME OU DE L'ÉTABLISSEMENT</b>					
	<b>ADRESSE COMPLÈTE</b>					<b>CODE POSTAL</b>
	<b>N° DE TÉLÉPHONE</b>		<b>DATE</b> A    M    J		<b>SIGNATURE</b>	

## Programme transport-hébergement — Précisions

Les précisions apportées sont déjà toutes citées au cadre de gestion du programme. Ce document se veut un aide-mémoire avant de remplir une nouvelle demande d'aide ou une prévision de déplacement, ou encore au renouvellement de celle-ci.

### Nouvelle demande

- **Est-ce que le client présente une déficience?**

- Si oui, est-ce que le diagnostic est posé?
- Sinon, le client est-il en évaluation diagnostic?

Cette information est importante. Elle doit être précisée à la section 2 de la demande d'aide et justifiée par un certificat médical qui doit être joint à la demande d'aide.

- **L'intervenant s'assure que :**

- Les services requis en lien avec l'état de santé du client ne sont pas des services en santé physique, car ces services sont exclus du programme (page 6 du Cadre de gestion).
- Les services demandés sont offerts par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ou par la RAMQ. Les services en clinique privée ne sont pas acceptés par le programme.
- Les services exigés par cette déficience sont en adaptation-réadaptation, diagnostic ou complément diagnostic ou traitement liés à cette déficience inscrits au plan d'intervention (PI) ou au plan de service individualisé (PSI).
- La demande de service n'est pas pour un suivi médical.

- **Lorsque l'intervenant informe le client de l'existence du programme, il est important qu'il lui précise les points suivants :**

- le billet médical doit expliquer clairement le diagnostic et l'aspect significatif et persistant de la déficience.
- le billet médical doit mentionner si la condition du client exige un accompagnateur. Cette information est nécessaire à la section C de la prévision de déplacement *Accompagnateur et mode de transport*.
- l'intervenant doit être informé de tout changement dans la condition du client pouvant générer un impact sur la prévision de déplacement. **Le client n'a pas à appeler la responsable du programme.**
- Le formulaire de réclamation doit parvenir à la responsable du programme dans les 30 jours suivant son déplacement (incluant toutes les pièces justificatives).
- La spécialité du médecin rencontré pour un diagnostic ou un complément de diagnostic et le motif en lien avec la déficience doivent être précisés sur l'attestation de présence lors d'une visite chez un professionnel de la santé.
- L'inscription au dépôt direct est recommandée.

### Prévision de déplacement

#### Section A

- *Identification du responsable ou de la représentante ou du représentant de la personne ayant un handicap :*

- Cette section précise à qui le paiement sera fait pour une personne mineure ou pour un client qui a atteint la majorité, mais qui se trouve sous curatelle. Si le paiement doit être émis à une autre personne que le client majeur, une copie du jugement doit être fournie à la responsable du programme. Une seule personne doit être inscrite à cet endroit. Cette information peut toutefois être changée lors de la mise à jour annuelle de la prévision de déplacement.
- L'identification du responsable ou du représentant est demandée également à la section *identification* du formulaire de la demande d'aide au programme régional de transport-hébergement des personnes vivant un handicap.

#### Section B

- *Identification de la déficience et des besoins :*

- La déficience doit être mentionnée ainsi que la nature des services requis. La prévision de déplacement doit contenir seulement les demandes de services qui ont été jugées recevables lors du questionnaire posé avant de remplir la demande d'aide. Si le déplacement est pour un traitement, le nom du traitement doit être inscrit et une copie de la prescription médicale doit être fournie.

- *Services à recevoir :*

- L'endroit et l'établissement doivent être clairement identifiés pour chaque service ex. : Centre de réadaptation de Chandler (et non juste centre de réadaptation) ainsi que la fréquence des services.
- Pour toute demande **hors du corridor de service régional** : s'assurer de joindre la prescription du médecin lors de la première demande et lors de la mise à jour si un nouveau service s'ajoute. Si le besoin de service demeure le même, la prescription du médecin n'a pas besoin d'être renouvelée.

### Mise à jour de la prévision de déplacement

- Lors de la mise à jour de la prévision de déplacement, il est important de spécifier si le client a atteint l'âge de 18 ans ou si la source de revenus du client a changé depuis la dernière demande.
- Toujours se référer à la lettre d'admissibilité pour renouveler les services acceptés par le comité.
- Si de nouveaux services en lien avec la déficience sont nécessaires :
  - s'assurer que ceux-ci sont admissibles (services adaptation-réadaptation, diagnostic ou précision diagnostic ou traitements identifiés au plan d'intervention) et joindre la prescription médicale.
- Si de nouveaux services sont nécessaires, mais pour une autre déficience :
  - un nouveau certificat médical précisant la nouvelle déficience est obligatoire et doit être joint à la prévision de déplacement.