

Veillez vous assurer que les **SECTIONS 1, 2** (s'il y a lieu) et **3** de ce formulaire soient bien remplies, et que les pièces justificatives soient jointes à ce formulaire. Merci de conserver vos reçus originaux pour votre déclaration d'impôt annuelle, car ceux-ci ne vous seront pas renvoyés. Les formulaires incomplets vous seront retournés.

Veillez faire parvenir ce formulaire **dans les 90 jours suivant votre déplacement** à l'adresse suivante :

CISSS du Bas-Saint-Laurent
Service de la comptabilité
800, avenue du Sanatorium
Mont-Joli (Québec) G5H 3L6

SECTION 1 L'USAGER (Veillez compléter tous les champs)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° civique

Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone : Rés. : () _____ Bur. : () _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° assurance maladie : _____
Année Mois Jour

Adresse courriel : _____

Mode de transport utilisé : Aller : _____ Retour : _____

Réclamation pour le transport : Date de départ : _____ Date de retour : _____

Avez-vous déjà transmis une réclamation dans le cadre de ce programme? Oui Non

Êtes-vous bénéficiaire d'un programme d'aide offert par :

- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)? Oui Non
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (Aide sociale)? Oui Non
- Transport hébergement personnes handicapées (vous référer à votre CLSC)? Oui Non
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ? Oui Non
- Autres _____ Oui Non

Afin de déterminer l'agent payeur, nous autorisez-vous à faire les vérifications requises auprès des organismes concernés? Oui Non

S'il s'agit d'une première consultation, veuillez joindre à ce formulaire une photocopie de votre ordonnance médicale (prescription du médecin de la région du Bas-Saint-Laurent) de même qu'un spécimen de chèque.

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

SECTION 2 L'ACCOMPAGNATEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
N° civique Rue

_____ Ville Province Code postal

Téléphone : Rés. : () _____ Bur. : () _____

SECTION 3 L'ÉTABLISSEMENT QUI FOURNIRA LES SERVICES REQUIS

(ESTAMPE)

Nom de l'établissement de destination : _____

Adresse : _____
N° civique Rue

_____ Ville Province Code postal

Téléphone : () _____

Nom du médecin traitant : _____ N° permis : _____

Spécialité : _____

Traitement reçu : _____

Date de rendez-vous : _____ / _____ / _____ Est-ce un suivi ? _____
Année Mois Jour

Date de l'hospitalisation : Du : _____ / _____ / _____ Au : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour Année Mois Jour

Accompagnateur requis par le médecin pour le retour : Oui Non

Signature du médecin traitant
ou de la personne autorisée : _____ Date : _____

SECTION 4 CISSS du Bas-Saint-Laurent (Section réservée au Service de la comptabilité)

Nom de l'installation de la région du Bas-Saint-Laurent : _____

Date de réception du formulaire : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

Cette demande répond aux critères d'admissibilité: Oui Non

Les pièces justificatives ont été fournies : Oui Non

NOTES

Cette demande est :

Acceptée

Montant accordé : _____

Détails, s'il y a lieu : _____

N° fournisseur : _____

Refusée

Motif du refus : _____

Signature de la comptabilité : _____ Date : _____