PROGRAMME TRANSPORT ET HÉBERGEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES - MONTÉRÉGIE

Attestation des visites effectuées relatives à des transports autorisés

ANNÉE FINANCIÈRE 2020-2021

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Encerclez les journées durant lesquelles la personne s'est rendue à votre organisme pour recevoir le service accepté

AVRIL 2020
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 _____

1 **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 _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE 10 JUILLET 2020

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 _____

2 **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 _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE 10 OCTOBRE 2020

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 _____

3 **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 _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE 10 JANVIER 2021

JANVIER 2021
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 _____

4 **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 _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR LE 10 AVRIL 2021

TOTAL DES VISITES : | |

HEURE HABITUELLE DES RENDEZ-VOUS : _____

DURÉE APPROXIMATIVE DES RENDEZ-VOUS : _____

SERVICES RENDUS PAR VOTRE ORGANISME : _____

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME : _____

_____ _____

Signature d'un/e responsable de l'organisme ou du /de la thérapeute qui a donné le service **Date**

ADRESSE DE RETOUR: **CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE**
PROGRAMME TRANSPORT DES PERSONNES HANDICAPÉES
3120, boulevard Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

TÉLÉCOPIEUR: 450 463-6072 COURRIEL: **transport.csssccIm16@ssss.gouv.qc.ca**