Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Québec

DEMANDE D'INSCRIPTION/PLAN D'INTERVENTION PROGRAMME TRANSPORT - HÉBERGEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES MONTÉRÉGIE (Centre-Est-Ouest)

Numéro d'assurance maladie du Québec

☐ Première demande ☐ Réévaluation ☐ Ajout/Modification Date : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____ ☐ F ☐ H

Date de naissance : _____ / _____ / _____
Jour Mois Année

Adresse : _____ App. _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : ( ) _____ ( ) _____
Principal Secondaire

Correspondance : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Correspondance au répondant

Correspondance par courriel : ☐ Oui Adresse courriel : _____
☐ Non

2. IDENTIFICATION DU (DE LA) RÉPONDANT (E) DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec la personne qui fait la demande

☐ Père-mère ☐ Tuteur (trice) ☐ Conjoint(e) ☐ Curateur (trice) ☐ Autre (préciser) _____

Adresse (si différent de l'usager): _____ _____ _____
No Rue App.

_____ Québec _____
Ville Province Code postal

Téléphone : ( ) _____ ( ) _____
Principal Secondaire

3. IDENTIFICATION DU CRÉANCIER AU NOM DUQUEL LES PAIEMENTS SERONT EFFECTUÉS :

☐ Personne handicapée ☐ Répondant ☐ Transporteur

☐ Autre →Nom (si différent de 1) : _____

Adresse : _____

_____

4. INDIQUEZ LA SOURCE DE VOS REVENUS

(S'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans, mentionnez la **source de revenu des parents**)

☐ Emploi (ou emploi du conjoint ou de la conjointe)
☐ Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)
☐ Pension de sécurité de la vieillesse et supplément du revenu
☐ Prestations d'assurances personnelles
☐ Régime des rentes du Québec (RRQ)
☐ Solidarité sociale (Aide financière)
☐ Société de l'assurance-automobile du Québec (SAAQ)
☐ Autres, précisez : _____

5. ATTESTATION DE VOTRE DIAGNOSTIC PRÉCIS

Veuillez joindre à cette demande une attestation médicale ou un rapport d'un(e) professionnel(le) reconnu(e) du réseau de la Santé et des Services Sociaux attestant votre diagnostic et votre déficience.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES* (à compléter seulement si ces informations n'apparaissent pas dans le rapport fourni à cette demande):

Nom(s) correspondant(s) à votre (vos) déficience(s) : _____

Décrivez brièvement vos (vos) déficiences (s), ainsi que les limitations physiques, intellectuelles ou autres que vous vivez :

_____

_____

Cause de votre (vos) déficience(s) :

☐ Acquise à la naissance

☐ Due à une maladie Date : _____ / _____ / _____ (Jour Mois Année)

☐ Causé par un accident de travail Date : _____ / _____ / _____ (Jour Mois Année)

☐ Causé par un accident de la route Date : _____ / _____ / _____ (Jour Mois Année)

☐ Autre Date : _____ / _____ / _____ (Jour Mois Année)

Précisez : _____

Aide technique :

Devez-vous utiliser des aides techniques (prothèses, orthèses ou tout autre moyen pour compenser votre (vos) limitation(s)) ?

Si oui, lesquelles ?

_____

_____

_____

*Le personnel professionnel de la Santé et des Services Sociaux peut écrire les informations de l'attestation médicale dans cette section s'il ne joint pas de rapport à cette demande en autant qu'il appose sa signature dans le bas de la page 3.

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

SERVICE À RECEVOIR

Audiologie ☐ Hémodialyse ☐

Éducation spécialisée ☐ Orthophonie ☐

Ergothérapie ☐ Physiothérapie ☐

Autres (précisez) : ☐ _____

Décrire brièvement le service : _____

Nom du point de service : _____

Adresse : _____

Fréquence du déplacement : _____ /Semaine **Ou** _____ /Mois **Ou** _____ /Année

Période prévue : Du _____ / _____ / _____ (Jour Mois Année) Au _____ / _____ / _____ (Jour Mois Année)

Mode de transport

☐ Véhicule personnel ☐ Transport adapté ☐ Transport en commun

☐ Transport bénévole ☐ Taxi ☐ Autres (justifiez) : _____

Hébergement _____ Nuits Accompagnateur ☐ Oui ☐ Non

☐ Hôtel ☐ Parents/amis

Repas

Personne handicapée	Déjeuner ☐	Dîner ☐	Souper ☐
Accompagnateur	Déjeuner ☐	Dîner ☐	Souper ☐

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

SERVICE À RECEVOIR

Audiologie ☐ Hémodialyse ☐
Éducation spécialisée ☐ Orthophonie ☐
Ergothérapie ☐ Physiothérapie ☐
Autres, (précisez) : ☐ _____

Décrire brièvement le service : _____
Nom du point de service : _____
Adresse : _____

Fréquence du déplacement : _____ /Semaine **Ou** _____ /Mois **Ou** _____ /Année
Période prévue : Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___
Jour Mois Année Jour Mois Année

Mode de transport

☐ Véhicule personnel ☐ Transport adapté ☐ Transport en commun
☐ Transport bénévole ☐ Taxi ☐ Autres (justifiez) : _____

Hébergement _____ Nuits Accompagnateur ☐ Oui ☐ Non
☐ Hôtel ☐ Parents/amis

Repas

Personne handicapée Déjeuner ☐ Dîner ☐ Souper ☐
Accompagnateur Déjeuner ☐ Dîner ☐ Souper ☐

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

SERVICE À RECEVOIR

Audiologie ☐ Hémodialyse ☐
Éducation spécialisée ☐ Orthophonie ☐
Ergothérapie ☐ Physiothérapie ☐
Autres (précisez) : ☐ _____

Décrire brièvement le service : _____
Nom du point de service : _____
Adresse : _____

Fréquence du déplacement : _____ /Semaine **Ou** _____ /Mois **Ou** _____ /Année
Période prévue : Du ___ / ___ / ___ Au ___ / ___ / ___
Jour Mois Année Jour Mois Année

Mode de transport

☐ Véhicule personnel ☐ Transport adapté ☐ Transport en commun
☐ Transport bénévole ☐ Taxi ☐ Autres (justifiez) : _____

Hébergement _____ Nuits Accompagnateur ☐ Oui ☐ Non
☐ Hôtel ☐ Parents/amis

Repas

Personne handicapée Déjeuner ☐ Dîner ☐ Souper ☐
Accompagnateur Déjeuner ☐ Dîner ☐ Souper ☐

7. IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL(LE)

Nom _____ Prénom _____ Fonction _____

Nom du point de service _____

Adresse _____

Téléphone ( ) _____ Date ___ / ___ / ___
Jour Mois Année

Signature de l'intervenant _____

Adresse courriel : _____

8. 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 CISS de la Montérégie (Centre-Est-Ouest) 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'usager (14 ans et +) ou son représentant légal : _____ Date : ____ / ____ / ____
Jour Mois Année

Nom du médecin ou du professionnel : _____ Titre : _____

Signature du médecin ou du professionnel : _____ Date : ____ / ____ / ____
Jour Mois Année

Adresse bureau (obligatoire) : _____ Tél : _____

TRANSMETTRE CE FORMULAIRE REMPLI ET SIGNÉ À TRANSPORT ET HÉBÉRGEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES :

- par courriel : transport.cssscclm16@ssss.gouv.qc.ca
- par télécopieur : 450 463-6072
- par la poste : 3120, boulevard Taschereau
  Greenfield Park (Québec) J4V 2H1