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

PROGRAMME TRANSPORT ET HÉBERGEMENT
DES PERSONNES HANDICAPÉES MONTÉRÉGIE

Attestation des visites effectuées relatives à des transports autorisés

ANNÉE FINANCIÈRE 2026-2027

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE :

Nom : **Prénom :**

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

		NB. VISITE	NB. REPAS
	AVRIL 2026 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		
	À REMETTRE POUR LE 10 JUILLET 2026		
	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		
	À REMETTRE POUR LE 10 OCTOBRE 2026		
	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		
	À REMETTRE POUR LE 10 JANVIER 2027		
	JANVIER 2027 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		
	À REMETTRE POUR LE 10 AVRIL 2027		

TOTAL VISITE : **TOTAL repas usager**

*****TOTAL STATIONNEMENT :** **TOTAL repas accomp.**

MODE DE TRANSPORT :

☐ VÉHICULE PERSONNEL

☐ TRANSPORT ADAPTÉ *** ☐ Prix aller-retour

☐ TRANSPORT EN COMMUN *** ☐ Prix aller-retour

☐ TRANSPORT BÉNÉVOLE ***

☐ TAXI ***

☐ AUTRES : _____

***** Ne pas oublier les pièces justificatives se rapportant à ces transports. Une feuille par établissement visité. *****

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DONNEUR DE SOINS : _____

ADRESSE : _____

SERVICES RENDUS : _____

_____
Signature d'un représentant de l'établissement ou du thérapeute soignant

_____ / _____ / 20
Jour Mois Année
Date de signature postérieure à la dernière visite

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

Programme Transport et hébergement des personnes handicapées Montérégie
3120, boulevard Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

Courriel : transport.csscclm16@ssss.gouv.qc.ca
Télécopie : 450 463-6072
Téléphone : 450 928-6777, poste 213553