

Demande de remboursement pour transport, frais afférents et remplacement FSSS-CSN

Consignes

Pour connaître les frais de transport remboursables, se référer à l'article 3-8.10 de l'entente collective de la FSSS-CSN.

1. Remplir un formulaire par usager, par mois et par nature du déplacement (maximum de deux réclamations par formulaire).
2. Joindre au présent formulaire les pièces justificatives originales pour obtenir le remboursement demandé.
3. Les demandes de remboursement doivent être acheminées dans un délai maximal de 60 jours.

Pour toutes les clientèles :

- ✓ Faire parvenir le présent formulaire à votre intervenant qualité en personne lors d'une visite, au point de service ou par la poste.

***Prenez note que si des informations sont manquantes, le formulaire vous sera retourné.**

Identification

Nom et prénom de la ressource :

N° d'usager pour le client visé par la réclamation : (s'il y a lieu)

Nom et prénom de l'intervenant qualité :

Programme DI-TSA-DP Programme jeunesse

Transport pour le mois de :

Nature du déplacement* :		Date :	
		Date :	

Adresse départ	Adresse destination
----------------	---------------------

Distance totale parcourue aller-retour (En km)	Nombre de fois	X	Montrant réclamé
		0,65 \$	\$

**Le montant minimal remboursé est de 16.25 \$ par jour par ressource.
Il est important d'écrire la distance totale parcourue en kilomètres peu importe le nombre.**

***Le transport et l'accompagnement pour un rendez-vous annuel ne sont pas remboursés.**

	Repas :	\$
	Stationnement :	\$

Remplacement

Durée et indemnité	X le nombre de fois	Date :	Date :	Montant réclamé
		Nombre d'heures réelles	Nombre d'heures réelles	
Moins de moins de 3 h : 40 \$				\$
Entre 3 h et 5 h 59 : 80 \$				\$
Entre 6 h et 8 h 59 : 110 \$				\$
Entre 9 h et 11 h 59 : 120 \$				\$
Plus de 12 h : 180 \$				\$

	Grand total (km et remplacement) :	\$
--	---	-----------

Signature du responsable de la ressource : Date :

Signature de la personne autorisée de l'établissement : Date :