

Saint-Charles-Borromée, le 24 janvier 2024

Objet : Demande et renouvellement d'aide financière – Usager dialysé 2024-2025

Madame,
Monsieur,

Avec l'arrivée de la nouvelle année financière, nous vous faisons parvenir les formulaires nécessaires pour le renouvellement au programme d'aide financière du Transport hébergement Lanaudière pour vos déplacements en dialyse.

À partir du 1^{er} mars 2024, toutes les personnes qui font déjà partie du Programme Transport hébergement Lanaudière devront nous faire parvenir le renouvellement au plus tard le 31 mars 2024.

Nouveauté : à partir de janvier 2024, le Programme Transport hébergement Lanaudière remboursera une proportion des frais encourus pour les usagers hémodialysés se déplaçant avec leur voiture personnelle pour obtenir leur traitement. Le détail des remboursements possibles vous est présenté dans le « Document d'information d'aides financières pour les usagers dialysés ».

Programme transport hébergement Lanaudière

Service logistique transport

1000, boul. Sainte-Anne

Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2

1 888 759-4033

Télécopieur : 450 756-4951

Courriel : transport.hebergement.csssni@ssss.gouv.qc.ca

NOUVELLE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE ET RENOUVELLEMENT

Usager dialysé (1^{er} avril au 31 mars de chaque année)

Partie 1 à 4 : À remplir par l'usager dialysé ou son répondant

1. Identification de l'usager dialysé

Type de demande <input type="checkbox"/> Nouvelle demande <input type="checkbox"/> Renouvellement	Date (AAAA-MM-JJ)	
Nom de famille Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse (numéro, appartement, rue)		
Ville	Code postal	Téléphone
Courriel		
Méthode d'envoi de documents privilégiée <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Poste		

2. Répondant

Nom de famille Prénom	Lien de parenté
Téléphone	Adresse (seulement si différent de la personne dialysée)

3. Source de revenus

<input type="checkbox"/> Emploi rémunéré	Nom de l'employeur : _____
<input type="checkbox"/> Aide sociale	Numéro de dossier : _____
<input type="checkbox"/> CNESST	Numéro de dossier : _____
<input type="checkbox"/> SAAQ	Numéro de dossier : _____
<input type="checkbox"/> Pension de vieillesse	
<input type="checkbox"/> Supplément de revenu	
<input type="checkbox"/> RRQ	
<input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : _____	

4. Mode de paiement

<input type="checkbox"/> Dépôt direct***	Courriel (obligatoire) : _____
***Vous devez joindre un chèque avec la mention « Annulé »	

5. Mode de transport (à remplir par le professionnel de la santé)

Véhicule personnel

Besoin d'un transporteur

Est-ce que vous devez vous déplacer en fauteuil roulant ?

OUI

NON

Si besoin d'un transporteur, êtes-vous admissible au transport adapté de votre région ?

OUI

NON

Si non admis au transport adapté de la MRC :

Date de la demande : _____

Personne référence du transport adapté : _____

1. J'atteste que l'utilisateur ne serait pas admissible au transport adapté pour les raisons suivantes :

Accompagnement requis en tout temps

Horaire des traitements incompatible avec l'offre de service du transport adapté

2. Ne répond pas aux critères d'admissibilités du transport adapté qui correspondent à une ou plusieurs des incapacités suivantes :

S'orienter dans l'espace et/ou dans le temps

Effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport régulier en raison d'une fatigabilité extrême

Maîtriser des situations ou des comportements pouvant être préjudiciables à sa sécurité ou à celle des autres

Marcher 400 mètres sur un terrain uni

Monter une marche de 35 cm de hauteur avec appui ou en descendre une sans appui

Communiquer de façon verbale ou gestuelle (cette incapacité ne peut, à elle seule, être retenue aux fins d'admission)

Signature du professionnel : _____

Date : _____

6. Engagement

Je déclare que les renseignements fournis aux blocs 1 à 5 sont complets et véridiques. Je m'engage à aviser, dans les plus brefs délais, le personnel du Programme Transport hébergement Lanaudière de tout changement qui rendrait inexact les renseignements fournis ci-dessus.

Signature de l'utilisateur dialysé ou son répondant : _____

Date : _____

VEUILLEZ SVP PRENDRE CONNAISSANCE DU DOCUMENT D'INFORMATION AVANT DE FORMULER UNE DEMANDE.

AUCUNE DEMANDE N'EST TRAITÉE RÉTROACTIVEMENT.

7. Services requis

Cette partie doit être remplie par le professionnel de la santé. Celui-ci doit indiquer les coordonnées de l'établissement où les soins sont donnés.

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____
Numéro Rue Ville Code postal

Indiquer les services que la personne recevra à cet établissement : _____

Date du début des services : _____ Date de fin des services : _____

Téléphone de l'unité où la personne reçoit ses services : _____

Identification de la personne ayant rempli cette partie :

Nom du professionnel : _____ Fonction : _____

Établissement : _____ Téléphone : _____

Date : _____ Signature : _____

NOUVELLE DEMANDE SEULEMENT

8. Attestation médicale (à remplir seulement pour les nouvelles demandes, non obligatoire pour les renouvellements annuels)

L'attestation médicale doit être remplie et signée par un médecin.

Si un autre professionnel de la santé remplit ce formulaire, celui-ci doit **obligatoirement** joindre à cette demande un rapport identifiant le diagnostic signé par un médecin.

Diagnostic : _____

Quels sont les services reçus ?

Hémodialyse Horaire : _____ Heure : _____

Formation dialyse péritonéale ou formation pour la dialyse à domicile

Greffe Date de la greffe : _____

La personne doit-elle être accompagnée lors de ses traitements ? OUI NON

Autres données objectives et pertinentes (ex. : poids, taille, etc.) : _____

Identification de la personne ayant rempli cette partie :

Nom du professionnel : _____ Fonction : _____

Établissement : _____ Téléphone : _____

Date : _____ Signature : _____