

Cadre de gestion régional

# PROGRAMME TRANSPORT-HÉBERGEMENT

POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES ET DIALYSÉES  
DE LA RÉGION LANAUDIÈRE

EN COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES DES ANCIENNES CONSTITUANTES SUIVANTS :

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU SUD DE LANAUDIÈRE

CENTRE DE RÉADAPTATION LA MYRIADE

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE LE BOUCLIER

ADOPTÉ PAR LE COMITÉ DE DIRECTION LE 20 MAI 2014

MISE À JOUR – 01 JUIN 2021

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Lanaudière

Québec 

Nous remercions l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides qui nous a permis d'utiliser leur cadre de gestion régional *Programme transport-hébergement* pour les personnes handicapées des Laurentides, 2006.

## Table des matières

|                      |  |    |
|----------------------|--|----|
| <b>1.</b>            | <b>Introduction</b> .....  | 3  |
| <b>2.</b>            | <b>Objectif du programme régional de transport-hébergement</b> .....                 | 3  |
| <b>3.</b>            | <b>Principes généraux</b> .....  | 3  |
| <b>4.</b>            | <b>Clientèle visée</b> .....   | 4  |
| <b>5.</b>            | <b>Critères d’admissibilité</b> .....  | 6  |
| 5.1                  | Critères spécifiques pour les déplacements des personnes handicapées.....            | 6  |
| 5.2                  | Critères spécifiques pour les déplacements des personnes dialysées.....              | 7  |
| <b>6.</b>            | <b>Critères d’admissibilité particuliers</b> .....                                   | 7  |
| <b>7.</b>            | <b>Critères d’exclusion au programme</b> .....                                       | 7  |
| <b>8.</b>            | <b>Mode de déplacement</b> .....   | 7  |
| <b>9.</b>            | <b>Couverture du Programme transport-hébergement</b> .....                           | 7  |
| 9.1                  | Frais admissibles à un remboursement.....  | 7  |
| 9.2                  | Tarifs des frais admissibles.....  | 8  |
| <b>10.</b>           | <b>Formulaires à utiliser</b> .....  | 9  |
| <b>11.</b>           | <b>Entente de révision du présent cadre de gestion</b> .....                         | 9  |
| <b>12.</b>           | <b>Rôle et responsabilités de l’Agence de la santé et des services sociaux</b> ..... | 9  |
| <b>13.</b>           | <b>Comité de gestion régional</b> .....  | 10 |
| <b>14.</b>           | <b>Rôle et responsabilité du fiduciaire du programme</b> .....                       | 10 |
| <b>15.</b>           | <b>Responsabilité de l’usager</b> .....  | 10 |
| <b>16.</b>           | <b>Responsabilité des établissements du réseau</b> .....                             | 11 |
| <b>17.</b>           | <b>Responsabilité de l’établissement demandeur</b> .....                             | 11 |
| <b>ANNEXES</b> ..... |  | 12 |
|                      | Annexe 1 Attestation médicale (déficience permanente).....                           | 13 |
|                      | Annexe 2 Demande d’inscription.....  | 16 |
|                      | Annexe 3 Attestation de visite 2014-2015.....  | 20 |
|                      | Annexe 4 Évaluation des services requis 2014-2015.....                               | 23 |



## **1. Introduction**

---

Le programme transport-hébergement est issu de l'Office des personnes handicapées (OPHQ). En 1988, le gouvernement du Québec statuait sur le transfert du programme de l'OPHQ au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

En 1989, le programme d'aide matérielle transport-hébergement de l'OPHQ a été transféré au réseau de la santé et des services sociaux et a été confié en fiducie aux régies régionales.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, devenue par la suite l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (ASSSL), l'a géré jusqu'en 2004. Il a ensuite été décentralisé au Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSNL). Pour être centralisé vers le CISSS de Lanaudière en 2015, actuel fiduciaire régional pour la gestion du programme.

Le programme transport-hébergement pour les personnes handicapées vise à soutenir financièrement ces personnes, qui en raison de l'absence, de l'éloignement ou de la fréquence des services qu'elles requièrent, ont à engager des déboursés en ce qui concerne leur transport, et parfois leur hébergement, pour avoir accès à des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, de diagnostic ou de traitement liés à leur déficience.

## **2. Objectif du programme régional de transport-hébergement**

---

Ce programme régional a pour but de procurer une aide financière compensatoire pour les déplacements de toute personne handicapée selon la définition précisée à « clientèle visée ».

Les déplacements doivent s'effectuer vers l'établissement du réseau ou vers le lieu le plus approprié offrant des services d'adaptation, de réadaptation, de diagnostic ou de traitement liés aux déficiences identifiées au plan de services de la personne handicapée.

Les services doivent être offerts le plus près possible du milieu de vie de la personne et doivent être reconnus par le MSSS ou par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

## **3. Principes généraux**

---

- ✓ Maintien de l'accessibilité universelle.
- ✓ Accessibilité en fonction des ressources disponibles affectées au programme.
- ✓ Programme offert sur la base d'une évaluation des besoins de services de la personne handicapée, par le professionnel responsable de l'évaluation des services requis.
- ✓ Réévaluation annuelle requise au 31 mars pour toute demande au programme, par le professionnel responsable de l'évaluation des services requis.
- ✓ Ressources financières protégées aux fins du programme.

#### 4. Clientèle visée

---

Les personnes admissibles au programme sont les personnes handicapées au sens de la définition de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. (L.R.Q., chapitre E-20.1)

« Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes. »

**Les personnes dialysées**, qui bénéficient du programme, sont celles qui doivent recevoir des traitements d'hémodialyse ou de formation pour la dialyse péritonéale dans les établissements du réseau.

**Les personnes avec une déficience auditive** qui doivent subir un implant cochléaire profiteront dorénavant de la même couverture que la clientèle visée par le programme.

Nous définissons les notions de déficience et d'incapacités telles qu'élaborées au sein des orientations ministérielles :

Une **déficience physique** correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique. (Orientations ministérielles en déficience physique 2004-2009, MSSS, 2003, *Pour une véritable participation à la vie de la communauté.*)

**Il existe 14 grands systèmes organiques :**

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| ✓ nerveux      | ✓ auriculaire      |
| ✓ oculaire     | ✓ digestif         |
| ✓ respiratoire | ✓ cardiovasculaire |
| ✓ immunitaire  | ✓ urinaire         |
| ✓ endocrinien  | ✓ reproducteur     |
| ✓ cutané       | ✓ musculaire       |
| ✓ squelettique | ✓ morphologique    |

**Une déficience intellectuelle** se réfère à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel d'un individu. Elle est caractérisée par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne et concomitante à des limitations reliées dans au moins deux des domaines suivants d'habiletés adaptatives : la communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et le travail. La déficience intellectuelle se manifeste avant l'âge de 18 ans. (Document du MSSS : De l'intégration sociale à la participation sociale, politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, 2001.)

**Un trouble envahissant du développement (TED)**, maintenant portant l'appellation trouble du spectre de l'autisme (TSA) selon le DSM-5, se caractérise quant à lui par des déficits majeurs sur le plan des interactions sociales, de la communication verbale et non verbale, des intérêts et des comportements qui présentent un caractère restreint, répétitif. (Document un geste porteur d'avenir. Des services aux personnes présentant un TED à leurs familles et à leurs proches, MSSS, 2003.)

## Incapacité

Une incapacité correspond au degré de réduction d'une inaptitude. Elle représente la possibilité qu'a une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Il existe 10 grandes catégories d'aptitudes selon qu'elles sont reliées :

- ✓ aux capacités intellectuelles
- ✓ aux comportements
- ✓ aux sens et à la perception
- ✓ à la respiration
- ✓ à l'excrétion
- ✓ au langage
- ✓ à la digestion
- ✓ aux activités motrices
- ✓ à la reproduction
- ✓ à la protection et à la résistance

## Handicap

Désavantage résultant d'une déficience ou incapacité qui limite l'individu, dans l'exercice d'un rôle normal pour lui, compte tenu de son âge, de son sexe, de facteurs sociaux et culturels qui l'empêchent d'exercer ce rôle.

Le handicap réside dans la perte ou la limitation des possibilités de participer, sur un pied d'égalité, avec les autres individus à la vie de la communauté.

## Significative

Bien que la déficience puisse être significative en elle-même, ce sont plutôt les effets de la déficience qui se traduisent par des incapacités significatives lorsqu'elles altèrent la réalisation des habitudes de vie ou des activités courantes.

Les effets se traduisent par l'utilisation que fait la personne de son corps physique ou mental tels que voir, entendre, sentir, comprendre, respirer, résister à la chaleur ou au froid, reconnaître les personnes et les objets, évaluer et maintenir des relations, organiser ou prévoir une activité dans le temps, prendre ou assumer des responsabilités, monter ou descendre des escaliers, se laver, etc.

## Persistante

Les incapacités sont persistantes lorsqu'elles sont constantes ou continues dans le temps. La notion de persistance s'oppose à la notion de temporaire.

Les lésions excluant les déficiences dues à des maladies dont l'évolution est variable, notamment : les maladies cardiaques, le diabète, le cancer et les fractures sont exclus lorsque les incapacités qui en découlent sont susceptibles de disparaître suite à des traitements, à des services d'adaptation ou de réadaptation, à la prise de médicaments.

## Obstacle

Un obstacle correspond à un facteur dans l'environnement de la personne. Ces facteurs peuvent être d'ordre social ou d'ordre physique.

## Activités courantes

Les activités courantes sont définies comme les activités quotidiennes ou courantes valorisées par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle), qui assurent sa survie et son épanouissement dans la société tout au long de son existence.

### 5. Critères d'admissibilité

---

- ✓ La personne réside<sup>1</sup> de façon permanente dans Lanaudière.
- ✓ La personne a un statut de résident du Québec.
- ✓ La personne ne doit pas être hébergée dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.
- ✓ La nécessité de recevoir des services d'adaptation-réadaptation, ou de traitements en lien avec une déficience déjà identifiée au formulaire des services requis de l'année en cours (implique donc qu'ils doivent être préalablement prescrits par le médecin traitant ou par le professionnel responsable d'offrir les services et faisant partie d'un ordre professionnel).
- ✓ L'attestation médicale (déficience permanente) faisant état d'un diagnostic ou d'un rapport diagnostic doit être complétée et signée par le médecin ou un rapport diagnostic complété et signé par un professionnel autorisé à poser le diagnostic et membre d'un ordre professionnel.

L'attestation est déposée dans le dossier du transport-hébergement 1 seule fois lors de la demande initiale à moins de changement dans le diagnostic qui nécessite une nouvelle attestation médicale ou un nouveau rapport diagnostic.

#### 5.1 Critères spécifiques pour les déplacements des personnes handicapées

- La distance des déplacements à parcourir doit être supérieure à 50 km aller-retour entre le lieu de résidence permanente de la personne handicapée et l'établissement du réseau ou le lieu où les services sont offerts (le plus rapproché de la résidence permanente).
- La notion du 50 km minimum aller-retour ne s'applique pas dans les cas suivants :
  - Les déplacements d'enfants d'âge préscolaire (0 à 5 ans) qui fréquentent un centre de stimulation précoce.
  - Les déplacements pour les traitements médicaux et les services de réadaptation qui nécessitent des suivis de façon intensive, plus d'une fois par semaine.

---

<sup>1</sup> Le Code civil du Québec définit la résidence permanente comme suit : « La résidence d'une personne est le lieu où elle demeure de façon habituelle » on considère pour l'établissement du domicile, celle qui a le caractère principal.



## **5.2 Critères spécifiques pour les déplacements des personnes dialysées**

- La distance des déplacements à parcourir doit être supérieure à 15 km aller-retour entre le lieu de résidence permanente de la personne dialysée et l'établissement du réseau le plus rapproché offrant les services de traitement de dialyse et prévus à l'intérieur de l'évaluation des services requis.
- Les déplacements pour le suivi de greffe sont admissibles pour une période maximale de 3 mois après la date de l'intervention.

## **6. Critères d'admissibilité particuliers**

---

Lorsque la personne choisit librement d'aller vers un autre établissement ou un autre lieu que celui prescrit dans son plan d'intervention (qui est le plus approprié et le plus rapproché du lieu de résidence permanente de la personne handicapée ou dialysée), elle assume les coûts supplémentaires reliés au déplacement vers le lieu choisi. Le programme transport-hébergement couvre uniquement les déplacements vers le lieu prévu à l'évaluation des services requis.

## **7. Critères d'exclusion au programme**

---

Les personnes dont les frais de déplacement sont assumés par d'autres agents payeurs tels que : la SAAQ, la CSST, le ministère de la Justice du Québec, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada, le Solliciteur général du Canada, le ministère des Affaires des anciens combattants, le ministère de la Défense nationale, le ministère des Affaires indiennes du Canada, assurances privées...sont exclues du programme.

## **8. Mode de déplacement**

---

Le mode de déplacement choisi doit être celui qui est le plus économique compte tenu de la ou des déficiences de la personne handicapée ou de la personne dialysée. Compte tenu de l'étendue du territoire de Lanaudière, le CISSS de Lanaudière, le fiduciaire du programme favorisera le moyen de transport le plus approprié.

Ceux qui bénéficient du transport subventionné ne peuvent pas être remboursés pour leurs frais de kilométrage. (ex : transport adapté n'est pas admissible au programme parce qu'il est déjà subventionné)

## **9. Couverture du Programme transport-hébergement**

---

### **9.1 Frais admissibles à un remboursement**

- Tous les frais admissibles doivent être en lien avec un service offert en présence de l'intervenant reconnu comme dispensateur de services, préalablement identifiés lors de l'évaluation des services requis.
- Le programme couvre un aller-retour pour un déplacement pourvu que le client soit présent à bord du véhicule.

- Les frais reliés à l'hébergement de la personne sont couverts lorsque cette dernière n'est pas apte à faire le déplacement aller-retour dans la même journée, selon les recommandations du médecin.
- Toute demande de remboursement doit être accompagnée des pièces justificatives originales (déplacement, stationnement et hébergement).

## **9.2 Tarifs des frais admissibles : (selon la politique du MSSS- circulaire 2009-005 (01.01.40.10 et hébergement des personnes handicapées – Poste budgétaire 02.04.17)**

Le programme paie **70** % de tous les frais admissibles.

### **9.2.1 Pour les déplacements**

- Les distances routières sont établies du lieu de résidence permanente de la personne vers le lieu de destination le plus court, tel que calculé par le logiciel Google Maps.
- Les déplacements effectués avec le véhicule personnel sont remboursés à 0,395 \$/km.
- Les frais de stationnement sont remboursés. Pour la personne qui doit se présenter fréquemment dans un même établissement, elle doit se procurer une carte mensuelle de stationnement lorsque celle-ci s'avère plus économique qu'une entrée à la journée.
- Lorsqu'il est impossible pour une personne d'utiliser sa voiture personnelle, le programme rembourse **70** % des frais défrayés pour l'utilisation du moyen de transport le plus économique disponible.

### **9.2.2 Pour l'hébergement (montant forfaitaire)**

- Établissement hôtelier Île de Montréal : 60 \$ par nuit
- Établissement hôtelier ailleurs au Québec : 50 \$ par nuit
- Coucher chez un parent ou un ami : 16,40 \$ par nuit

Pour un séjour prolongé, un montant maximum de 325 \$ par semaine est accordé, incluant les frais de déplacement.

### **9.2.3 Pour les repas (montant forfaitaire)**

- Déjeuner : 3,25 \$
- Dîner : 4,75 \$
- Souper : 4,75 \$

### **9.2.4 Pour l'accompagnateur familial ou social**

Si la présence d'un accompagnateur est inscrite sur l'attestation médicale, par le médecin ou le professionnel, les frais de déplacement et d'hébergement sont admissibles à un remboursement payable à l'accompagnateur.

Les taux payés sont les mêmes que ceux appliqués aux personnes handicapées. Toutefois, l'accompagnateur qui occupe la même chambre que la personne handicapée ou dialysée bénéficie d'un montant de 10 \$ par jour pour son hébergement et de 12,75 \$ par jour, pour les trois repas.

## **10. Formulaires à utiliser**

---

Les documents suivants doivent être complétés et envoyés au :

**Programme transport-hébergement  
CISSS de Lanaudière  
1000, boulevard Sainte-Anne, RC-C-29  
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2**

- L'attestation médicale signée par le médecin ou le rapport diagnostic complété et signé par le professionnel autorisé à poser le diagnostic (à l'ouverture du dossier seulement) (Annexe 1).
- La demande d'inscription (à l'ouverture du dossier seulement) (Annexe 2).
- Le formulaire d'attestation de visite (lors de chaque visite) (Annexe 3).
- L'évaluation des services requis complétée par le professionnel responsable d'offrir les services ou traitements. (annuellement) (Annexe 4).
- Une seule évaluation est requise par établissement fréquenté. Il faut déterminer tous les services requis en lien avec la déficience.

***Veillez prendre note que les déplacements sont remboursables à partir de la date de réception des documents dûment complétés au CISSS de Lanaudière.***

***Aucune demande n'est traitée rétroactivement.***

## **11. Entente de révision du présent cadre de gestion**

---

Il est entendu que le présent cadre de gestion régional restera applicable jusqu'à ce que l'un ou l'autre des partenaires impliqués en demande la révision. Le cas échéant, le fiduciaire du programme devra être interpellé pour la coordonner.

## **12. Rôle et responsabilités du CISSS de Lanaudière**

---

- ✓ Mettre en place un modèle administratif régional qui prend en considération les principes directeurs mis de l'avant par le MSSS et le réviser périodiquement.
- ✓ Mettre en place un processus de reddition de comptes annuel sur la situation budgétaire.
- ✓ Mettre en place un comité régional de gestion pour valider et réviser le cadre régional de gestion du programme de transport-hébergement.

### **13. Comité de gestion régional**

---

#### **Mandat**

S'assurer de la diffusion du programme dans chacun des établissements

Discuter de l'admissibilité des demandes pour les cas complexes et prendre une décision.

Dans l'éventualité où le comité n'arrive pas à un consensus, le responsable du programme transport-hébergement prendra la décision.

#### **Représentants au comité**

Un représentant nommé par le CRDP Le Bouclier, le CR La Myriade, le CSSSNL, le CSSSSL et le responsable fiduciaire du programme transport-hébergement.

#### **Fréquence**

Le comité se réunira au besoin à la demande du fiduciaire du programme transport-hébergement ou des représentants des établissements qui siègent au comité de gestion régional

Pour les cas complexes, les demandes devront être adressées au responsable programme transport-hébergement qui verra à convoquer le comité et tous les représentants des établissements.

### **14. Rôle et responsabilité du fiduciaire du programme**

---

- ✓ Recevoir les demandes d'inscription au programme pour l'ensemble des personnes handicapées de Lanaudière.
- ✓ S'assurer de l'admissibilité et de la conformité des demandes en fonction des paramètres du programme.
- ✓ Informer le demandeur de la décision retenue et des procédures de remboursement.
- ✓ Effectuer le paiement au demandeur.
- ✓ Gérer la liste d'attente et définir les modalités pour établir la priorité des demandes.
- ✓ Préparer les états de situation du programme (sommes engagées, liste d'attente).
- ✓ Assumer la gestion des budgets et en assurer le suivi.
- ✓ Produire une reddition de comptes.
- ✓ Gérer les plaintes de la clientèle.
- ✓ Convoquer et animer le comité régional de gestion

### **15. Responsabilité de l'utilisateur**

---

- ✓ Formuler une demande lors du début des services.
- ✓ Acheminer les documents nécessaires au fiduciaire pour le traitement de sa demande.
- ✓ Faire parvenir les pièces justificatives nécessaires au remboursement dans les délais prévus.

- ✓ Aviser le fiduciaire de tout changement dans sa condition pouvant générer un impact en lien avec l'évaluation des services requis pour le transport.
- ✓ Aviser le fiduciaire d'un changement de domicile permanent.

#### ***16. Responsabilité des établissements du réseau***

---

- ✓ Diffuser l'information sur le programme à la clientèle cible.
- ✓ Chaque établissement concerné (CSSSNL, CSSSSL, CRDP Le Bouclier, CR La Myriade) est membre du comité régional de gestion.

#### ***17. Responsabilité de l'établissement demandeur***

---

- ✓ Produire l'évaluation des services requis et la réviser annuellement.
- ✓ Aviser le fiduciaire du programme régional de transport-hébergement des changements significatifs dans l'évaluation des services requis de la personne.

# ANNEXES

Annexe 1  
Attestation médicale  
(Déficiência permanente)

# Programme Transport hébergement Lanaudière

## ATTESTATION MÉDICALE (DÉFICIENCE PERMANENTE)

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE PERMANENTE

Nom de famille à la naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ No Assurance-maladie : \_\_\_\_\_  
Année / Mois / Jour

1. Diagnostic de la déficience permanente : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Nature de la déficience :  Physique  Intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme (TSA)
3. Date du début de la déficience : \_\_\_\_\_
4. Description détaillée des effets de la déficience qui limitent de façon marquée la capacité de la personne d'accomplir une activité courante de tous les jours : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Autres, données objectives et pertinentes (ex. : poids, taille, etc.) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. La personne ci-haut mentionnée doit-elle être accompagnée dans ces déplacements ? (Les raisons mentionnées doivent démontrer que la sécurité de la personne est en cause et qu'il est impossible pour elle de voyager de façon autonome. L'accompagnateur est accepté lorsqu'il s'agit d'une personne âgée de moins de 14 ans.)  
 NON, la personne peut voyager seule  OUI, expliquer : \_\_\_\_\_
7. Les traitements nécessaires à la personne sont-ils offerts sur le territoire de Lanaudière ?  OUI  NON  
Si la personne doit être dirigée à l'extérieur de la région de Lanaudière, en précisez les raisons : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Programme Transport hébergement Lanaudière

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE PERMANENTE

Nom de famille à la naissance : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

8. Identifier les services que requiert la personne handicapée ou hémodialysée dans le but de pallier à sa déficience et d'améliorer son autonomie :

(ex. : ergothérapie, physiothérapie, orthophoniste, neurologue etc.) \_\_\_\_\_

9. Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

J'atteste que la personne ci-haut mentionnée répond aux conditions d'admissibilité requises pour être considérée comme une personne ayant une déficience significative et persistante dont les effets sont tels que sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne est limitée de façon marquée.

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
Établissement : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\*L'attestation médicale (déficience permanente) faisant état d'un diagnostic doit être complétée et signée par un médecin ou un rapport diagnostic complété et signé par un professionnel autorisé à poser le diagnostic et membre d'un ordre professionnel.

2/2

## Annexe 2

### Demande d'inscription

# Programme Transport hébergement Lanaudière

## **DEMANDE D'INSCRIPTION** *Personne handicapée et dialysée*

\*Veuillez compléter les blocs 1 à 8

### 1. Identification de la personne

|                                       |                           |   |                              |
|---------------------------------------|---------------------------|---|------------------------------|
| Nom de famille à la naissance : _____ |                           | Prénom : _____                              |                              |
| Sexe : _____                          | Date de naissance : _____ |   | No Assurance-maladie : _____ |
| <small>Année / Mois / Jour</small>    |                           |   |                              |
| Adresse permanente : _____            |                           |   |                              |
| <small>Numéro civique</small>         |                           | <small>Rue</small>                          | <small>App.</small>          |
|                                       |                           | <small>Ville</small>                        | <small>Code postal</small>   |
| Numéro de téléphone : _____           |                           | Autre numéro : _____                        |                              |
| <small>Résidence</small>              |                           | <small>Travail, cellulaire, parenté</small> |                              |

### 2. Identification du (de la) répondant(e)

|   |  |   |                            |
|---|--|---|----------------------------|
| Nom de famille à la naissance : _____         |  | Prénom : _____                              |                            |
| Lien avec la personne mentionnée au bloc 1 :  |  |   |                            |
| <input type="radio"/> Père-Mère               |  | <input type="radio"/> Tuteur (trice)        |                            |
| <input type="radio"/> Curateur (trice)        |  | <input type="radio"/> Conjoint (e)          |                            |
| <input type="radio"/> Autre, précisez : _____ |  |   |                            |
| Adresse permanente : _____                    |  |   |                            |
| <small>Numéro civique</small>                 |  | <small>Rue</small>                          | <small>App.</small>        |
|   |  | <small>Ville</small>                        | <small>Code postal</small> |
| Numéro de téléphone : _____                   |  | Autre numéro : _____                        |                            |
| <small>Résidence</small>                      |  | <small>Travail, cellulaire, parenté</small> |                            |

### 3. Identification des sources de revenus (s'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans, mentionnez la source de revenu des parents)

|  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Emploi rémunéré                                    | Nom de l'employeur : _____  |
| <input type="radio"/> Aide sociale                                       | Nom de l'agent : _____  |
| <input type="radio"/> Commission de santé et sécurité au travail (CSST)  | Numéro dossier : _____  |
| <input type="radio"/> Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) | <input type="radio"/> Crédit pour personne handicapée               |
| <input type="radio"/> Régie des rentes du Québec (RRQ)                   | <input type="radio"/> Allocation pour enfant handicapé              |
| <input type="radio"/> Prestation d'assurances personnelles               | <input type="radio"/> Pension de vieillesse et supplément de revenu |
| <input type="radio"/> Autre, précisez : _____                            | <input type="radio"/> Assurance-Emploi                              |

# Programme Transport hébergement Lanaudière

Nom de la personne : \_\_\_\_\_

## 4. Identification de la déficience

Nom (s) correspondant (s) à (aux) déficience (s) : \_\_\_\_\_

Décrire brièvement la (les) déficience(s) : \_\_\_\_\_

- Acquis à la naissance
- Due à une maladie : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
- Causée par un accident de la route Date : \_\_\_\_\_
- Causée par un accident de travail Date : \_\_\_\_\_
- Autre accident : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Utilisez-vous des aides techniques, prothèses, orthèses ou tout autre moyen pour compenser la déficience et vous permettre d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne ?

- OUI → Identifiez lesquelles : \_\_\_\_\_
- NON

Les déplacements pour ce handicap sont-ils remboursés par une assurance privée ou autre ? \_\_\_\_\_

Si oui, spécifiez? \_\_\_\_\_

## 5. Admissibilité

En quoi votre handicap limite-t-il vos activités de la vie quotidienne ? Décrivez et expliquez

*Exemple : Incapable d'entendre et de comprendre, incapable de monter et descendre les escaliers, incapable de préparer les repas, incapable de faire sa toilette, incapable de vous vêtir, etc...*

---

---

---

---

---

---

## 6. Mode de paiement

Chèque *Le chèque de remboursement devra être émis au nom de : \_\_\_\_\_*

Dépôt direct *Veillez joindre à votre demande un spécimen de chèque avec la mention « annulé »  
Veillez indiquer une adresse courriel pour la confirmation et le détail du paiement.*

\_\_\_\_\_

## 7. Engagement

### ENGAGEMENT À COLLABORER À L'EXÉCUTION DE MA DEMANDE D'AIDE (L.R.Q. E.-20.1, ART.57)

Je soussigné-e \_\_\_\_\_  
résidant au \_\_\_\_\_ déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité. Je m'engage à aviser sans délai le Programme transport hébergement Lanaudière de tout changement dans ma situation (ou dans la situation de \_\_\_\_\_) qui rendraient inexacts les renseignements que j'ai fournis pour l'étude de ma demande (ou sa demande).

Par la présente, j'autorise le Programme Transport Hébergement Lanaudière à demander ou à donner les renseignements jugés nécessaires à l'évaluation et au traitement de mon plan d'intervention à des personnes ou organismes concernés et compétents dans le domaine.

En foi de quoi, j'ai signé à \_\_\_\_\_  
Municipalité

ce \_\_\_\_\_ .  
Année / Mois / Jour

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne handicapée ou hémodialysée

N.B. Cet engagement ne signifie pas automatiquement que votre demande est acceptée.

## 8. Personne ressource

*Coordonnées de l'intervenant qui vous a aidé à compléter la demande au programme transport hébergement :*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Document de travail

Annexe 3  
Attestation de visite 2014-2015  
Personnes handicapées ou dialysées

# Programme Transport hébergement Lanaudière

## ATTESTATION DE VISITES 2014-2015

Nom de la personne handicapée : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Une attestation de visites par établissement)*

**\*\*\*CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR LE PROFESSIONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT\*\*\***

| Date du rendez-vous | Heure du rendez-vous | Heure de la fin du rendez-vous | Services reçus | Nom du professionnel | Fonction | Signature du professionnel | Numéro de téléphone du professionnel |
|---------------------|----------------------|--------------------------------|----------------|----------------------|----------|----------------------------|--------------------------------------|
|                     |                      |                                |                |                      |          |                            |                                      |
|                     |                      |                                |                |                      |          |                            |                                      |
|                     |                      |                                |                |                      |          |                            |                                      |
|                     |                      |                                |                |                      |          |                            |                                      |
|                     |                      |                                |                |                      |          |                            |                                      |
|                     |                      |                                |                |                      |          |                            |                                      |
|                     |                      |                                |                |                      |          |                            |                                      |

*\*\*\*Le handicap pour lequel la personne ci-haut mentionnée fait partie du programme transport hébergement doit être la cause de l'hospitalisation.*

Hospitalisation : Du : \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_

Cause : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

Veuillez retourner ce formulaire original à :  
Programme transport hébergement Lanaudière  
Service d'accueil RCA 53  
1000, boulevard Sainte-Anne  
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2  
Tél. : 450 759-8222, poste 4265 ou 1 888 759-4033

# Programme Transport hébergement Lanaudière

## ATTESTATION DE VISITES 2014-2015

### Personne dialysée

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

**\*\*\*CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR LE PROFESSIONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT\*\*\***

Attestation de visite du mois de : \_\_\_\_\_ **201** \_\_\_\_\_

#### **Entourer les dates des traitements d'hémodialyse**

*(Les traitements d'hémodialyse pendant une hospitalisation n'est pas remboursable. Ne pas entourer ces dates)*

Heure habituelle du début des traitements : \_\_\_\_\_ Heure habituelle de la fin des traitements : \_\_\_\_\_

|           |           |           |           |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>5</b>  | <b>6</b>  | <b>7</b>  | <b>8</b>  |
| <b>9</b>  | <b>10</b> | <b>11</b> | <b>12</b> | <b>13</b> | <b>14</b> | <b>15</b> | <b>16</b> |
| <b>17</b> | <b>18</b> | <b>19</b> | <b>20</b> | <b>21</b> | <b>22</b> | <b>23</b> | <b>24</b> |
| <b>25</b> | <b>26</b> | <b>27</b> | <b>28</b> | <b>29</b> | <b>30</b> | <b>31</b> |           |

Total de visites : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer si des changements d'horaire ont lieu pendant le mois (heure, date, etc...) : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel: \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_



Document de travail

Annexe 4

Évaluation des services requis 2014-2015  
Personnes handicapées ou dialysées

# Programme Transport hébergement Lanaudière

## ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS 2014-2015

Valide du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015

### PERSONNES HANDICAPÉES

#### 1. Identification de la personne handicapée

|                                       |                           |   |                      |                            |
|---------------------------------------|---------------------------|---|----------------------|----------------------------|
| Nom de famille à la naissance : _____ | Prénom : _____            |   |                      |                            |
| Sexe : _____                          | Date de naissance : _____ | No Assurance-maladie : _____                |                      |                            |
| <small>Année / Mois / Jour</small>    |                           |   |                      |                            |
| Adresse permanente : _____            |                           |   |                      |                            |
| <small>Numéro civique</small>         | <small>Rue</small>        | <small>App.</small>                         | <small>Ville</small> | <small>Code postal</small> |
| Numéro de téléphone : _____           |                           | Autre numéro : _____                        |                      |                            |
| <small>Résidence</small>              |                           | <small>Travail, cellulaire, parenté</small> |                      |                            |

#### 2. Source des revenus (s'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans, mentionnez la source de revenu des parents)

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| <input type="radio"/> Emploi rémunéré                                   | Nom de l'employeur : _____   |                        |
| <input type="radio"/> Aide sociale                                      | Nom de l'agent : _____   | Numéro dossier : _____ |
| <input type="radio"/> Commission de santé et sécurité au travail (CSST) | <input type="radio"/> Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) |                        |
| <input type="radio"/> Régie des rentes du Québec (RRQ)                  | <input type="radio"/> Pension de vieillesse et supplément de revenu      |                        |
| <input type="radio"/> Assurance Emploi                                  | <input type="radio"/> Prestation d'assurances personnelles               |                        |
| <input type="radio"/> Crédit pour personnes handicapée                  | <input type="radio"/> Allocation pour enfant handicapé                   |                        |

#### 3. Mode de paiement

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Chèque       | Le chèque de remboursement devra être émis au nom de : _____  |
| <input type="radio"/> Dépôt direct | Veillez joindre à votre demande un spécimen de chèque avec la mention « annulé »<br>Veillez indiquer une adresse courriel pour la confirmation et le détail du paiement.<br>_____ |

#### 4. Mode de transport

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
| <input type="radio"/> Véhicule personnel | <input type="radio"/> Service bénévole | <input type="radio"/> Transport adapté | Autre, précisez : _____ |
|--|--|--|-------------------------|

Je déclare que les renseignements fournis aux blocs 1 à 4 sont complets et véridiques. Je m'engage à aviser dans les plus brefs délais le personnel du programme transport-hébergement du CSSNL de tout changement qui rendrait inexacts les renseignements fournis ci-dessus.

Signature de la personne handicapée ou son répondant: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

# Programme Transport hébergement Lanaudière

## ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS 2014-2015 PERSONNES HANDICAPÉES

Nom de la personne handicapée : \_\_\_\_\_

### **CES PARTIES DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

#### 5. *Coordonnées de l'établissement* (un plan d'intervention par établissement doit être rempli)

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un établissement hors région, expliquez : \_\_\_\_\_

Les déplacements pour cet établissement sont-ils remboursés par une assurance privée ou autre ? \_\_\_\_\_

Si oui, spécifiez? \_\_\_\_\_

#### 6. *Identification des services requis en lien avec la déficience*

Identification de la déficience en lien avec le service requis : \_\_\_\_\_

|                     |     |                   |       |
|---------------------|-----|-------------------|-------|
| Audiologie          | ( ) | Neurologie        | ( )   |
| Ergothérapie        | ( ) | Autre, précisez : | _____ |
| Orthophonie         | ( ) |                   | _____ |
| Physiothérapie      | ( ) |                   | _____ |
| Stimulation précoce | ( ) |                   | _____ |

#### 7. *Fréquence du déplacement*

Nombre de fois : ( ) X SEMAINE

( ) X MOIS

( ) X ANNÉE

Pour la période du : \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_  
Date de début des services Date de fin des services

#### 8. *Identification du professionnel ayant rempli ce formulaire*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

# Programme Transport hébergement Lanaudière

## ÉVALUATION DES SERVICE REQUIS 2014-2015

Valide du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015

### PERSONNES DIALYSÉES

#### 1. Identification de la personne dialysée

|                                       |                           |                              |   |                      |                            |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------------------|---|----------------------|----------------------------|
| Nom de famille à la naissance : _____ | Prénom : _____            |                              |   |                      |                            |
| Sexe : _____                          | Date de naissance : _____ | No Assurance-maladie : _____ |   |                      |                            |
| <small>Année / Mois / Jour</small>    |                           |                              |   |                      |                            |
| Adresse permanente : _____            |                           |                              |   |                      |                            |
| <small>Numéro civique</small>         |                           | <small>Rue</small>           | <small>App.</small>                         | <small>Ville</small> | <small>Code postal</small> |
| Numéro de téléphone : _____           |                           |                              | Autre numéro : _____                        |                      |                            |
| <small>Résidence</small>              |                           |                              | <small>Travail, cellulaire, parenté</small> |                      |                            |

#### 2. Source de revenus (s'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans, mentionnez la source de revenu des parents)

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| <input type="radio"/> Emploi rémunéré                                   | Nom de l'employeur : _____   |                        |
| <input type="radio"/> Aide sociale                                      | Nom de l'agent : _____   | Numéro dossier : _____ |
| <input type="radio"/> Commission de santé et sécurité au travail (CSST) | <input type="radio"/> Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) |                        |
| <input type="radio"/> Régie des rentes du Québec (RRQ)                  | <input type="radio"/> Pension de vieillesse et supplément de revenu      |                        |
| <input type="radio"/> Assurance Emploi                                  | <input type="radio"/> Prestation d'assurances personnelles               |                        |

#### 3. Mode de paiement

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Chèque       | Le chèque de remboursement devra être émis au nom de : _____  |
| <input type="radio"/> Dépôt direct | Veillez joindre à votre demande un spécimen de chèque avec la mention « annulé »<br>Veillez indiquer une adresse courriel pour la confirmation et le détail du paiement.<br>_____ |

#### 4. Mode de transport requis pour cet établissement

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
| <input type="radio"/> Véhicule personnel | <input type="radio"/> Service bénévole | <input type="radio"/> Transport adapté | Autre, précisez : _____ |
|--|--|--|-------------------------|

**Verso**

# Programme Transport hébergement Lanaudière

## ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS 2014-2015 PERSONNES DIALYSÉES

Nom de la personne dialysée : \_\_\_\_\_

### 5. Coordonnées de l'établissement

|  |
|--|
| Nom de l'établissement : _____   |
| Adresse de l'établissement : _____<br>_____  |
| S'il s'agit d'un établissement hors région, expliquez : _____  |
| Les déplacements pour cet établissement sont-ils remboursés par une assurance privée ou autre? _____ |
| Si oui, spécifiez ? _____  |

### 6. Identification des services requis

|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| Traitement d'hémodialyse ( ) |                           |
| DPAC ( )                     |                           |
| Suivi de greffe ( )          | Date de la greffe : _____ |

### 7. Fréquence du déplacement

|   |   |
|---|---|
| Nombre de fois : ( ) X SEMAINE            |   |
| ( ) X MOIS                                |   |
| ( ) X ANNÉE                               |   |
| Pour la période du : _____ AU _____       |   |
| <small>Date de début des services</small> | <small>Date de fin des services</small> |

### 8. Identification de la personne ayant complétée ce formulaire

|   |              |
|---|--------------|
| Je déclare que les renseignements fournis aux blocs 1 à 8 sont complets et véridiques. Je m'engage à aviser dans les plus brefs délais le personnel du programme transport-hébergement du CSSSNL de tout changement qui rendrait inexacts les renseignements fournis ci-dessus. |              |
| Signature de la personne dialysée: _____  | Date : _____ |
| Signature du répondant s'il y a lieu : _____  | Date : _____ |
| Lien de parenté : _____   |              |

# Document de travail

**Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Lanaudière**

**Québec** 