Ministère de la Santé
Direction des soins primaires
Prestation des programmes de santé dans le Nord
Courriel : NHP@ontario.ca
Téléphone : 705-564-7280
Sans frais : 1-866-727-9959
Télécopieur : 705-564-7493

Relevé des dépenses

Programme nº 140501

Directives pour remplir la formulaire de Relevé des dépenses

Pour obtenir de l'information précise sur votre admissibilité, veuillez consulter les lignes directrices du programme ou votre lettre d'approbation. Visitez notre site Web à https://www.ontario.ca/fr/document/programmes-de-sante-dans-le-nord.

Veuillez inscrire les dépenses, les explications et les données d'identification demandées. Ne soumettez qu'un seul formulaire par voyage autorisé.

Dépenses

Les reçus originaux doivent accompagner le formulaire Relevé des dépenses. Les demandeurs qui habitent à l'extérieur de l'Ontario peuvent demander le remboursement des frais des déplacement effectués en Ontario ou à partir du point d'entrée le plus près. Les déplacements en avion sont remboursés selon le tarif de classe économique. La dernière page du billet d'avion ou une copie du billet électronique sert de reçu. L'usage d'un véhicule personnel est remboursé au taux de 41 ¢/km. La location d'une voiture compacte et l'essence (à condition de présenter les reçus originaux) ainsi que les chambres d'hôtel pour une personne sont remboursées.

Dépenses non admissibles : repas, déplacements à l'extérieur de l'Ontario (en direction et en provenance de la province), assurance de l'Association canadienne de protection médicale, coût d'un certificat d'inscription pour exercer la médecine en Ontario, appels interurbains personnels, frais de réinstallation et dépenses liées aux enfants.

Rémunération pour la suppléance

Honoraires pour les déplacements – Le suppléant doit offrir un minimum de six heures de services cliniques par jour. Le suppléant peut demander des honoraires pour les déplacements nécessaires à l'intérieur de l'Ontario, jusqu'à concurrence de quatre jours. Les honoraires doivent être réclamés par jour et ils ne peuvent pas être calculés au prorata.

Allocations monétaires quotidiennes – Le suppléant doit offrir un minimum de six heures de services cliniques par jour. Il est entendu que le suppléant demande le paiement à l'acte les jours où il peut réclamer un montant égal ou supérieur à l'allocation monétaire pour les jours de suppléance pour des postes vacants prévus dans l'Entente relative au groupe de médecins en milieu rural et dans le Nord.

Demandeurs

Veuillez inclure un chèque en blanc nul pour le compte bancaire où vous désirez que les dépôts soient faits. Les renseignements bancaires demeureront en vigueur jusqu'à ce que nous soyons avisés d'un changement et que nous recevions un chèque en blanc annulé pour le nouveau compte. Nous vois encourageons à ne pas fermer votre ancien compte bancaire avant qu'au moins un dépôt n'ai été fait dans le nouveau compte.

Soumission des demandes

Veuillez vous assurer d'avoir inscrit votre nom et votre adresse postale en lettres moulées et d'avoir signé votre formulaire Relevé des dépenses avant de l'envoyer, **avec les reçus originaux**, à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé
Direction des soins primaires
Prestation des programmes de santé dans le Nord
Courriel : NHP@ontario.ca

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Section 1. Relevé des dépenses

Collectivité

Description du service: (sélectionnez-en un)

☐ Suppléance ☐ Visite communautaire

Type de rôle (sélectionnez-en un)

☐ Étudiant(e) en soins infirmiers ☐ Médecin de famille

☐ IA / IAA / IP ☐ Réadaptation ☐ Spécialiste

Tarif au kilomètre

Date	Type	Description des dépenses	Nombre de kilomètres	Autres dépenses $
	☐ Voyage ☐ Autre			
	☐ Voyage ☐ Autre			
	☐ Voyage ☐ Autre			
	☐ Voyage ☐ Autre			
	☐ Voyage ☐ Autre			
	☐ Voyage ☐ Autre			
	☐ Voyage ☐ Autre			
		Kilométrage Total		
		Coût du Kilométrage Total		
		Montant total non imposable		

Poste	Période du	Période à	Nombre de Jours	Taux	Total
☐ Honoraires pour les déplacements					
☐ Allocation monétaire quotidienne					
				Montant total imposable	
				Coût brut	

Section 2. Certification

J'atteste avoir encouru les dépenses ci-dessus pendant la période susmentionnée. Le véhicule personnel utilisé à cette fin était assuré pour un usage commercial.

Nom du demandeur (en lettres moulées)	Signature du Demandeur	Date (aaaa/mm/jj)

Adresse postale du demandeur

Numéro de bureau	Numéro de la rue	Nom de la rue	Case postale

Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	poste.

Réservé à l'usage du Ministère :

J'autorise cette demande, jugée nécessaire, raisonnable et exacte.

Analyste de programme	Signature	Date (aaaa/mm/jj)

TPBE	Unité organ	Centre de coûts	Compte	Montant en $

Numéro du Destinataire

Le ministrère de la Santé est habilité à recueillir les renseignements personnels demandés dans ce formulaire afin d'administrer adéquatement son programme de liasion en vertu de la disposition 4 due paragraphe 6 (1) ou de l'alinéa 6 (2) b) de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, L.R.O, 1990, chap. M. 26. Les renseignements personnels seront utilisés pour évaluer, vérifier et surveiller l'admissiblilité au paiement. Pour obtenir des renseignements sur cette collecte, veuillez communiquer avec l'Unité de la prestation des programmes de santé dans le Nord à NHP@ontario.ca, au 705-564-7280 ou au 1-866-727-9959.