

## Demande de financement

**Service d'accompagnateur pour rendez-vous médicaux ou juridiques (ordonnés par la cour) à l'intention des locataires de foyers de soins spéciaux (FSP)**

**Instructions :**

Consulter les directives d'exploitation des foyers de soins spéciaux qui décrivent la politique régissant les services d'accompagnateur pour rendez-vous médicaux ou juridiques (ordonnés par la cour). Les demandes ne seront prises en considération que si elles sont conformes aux directives en vigueur.

1. Le propriétaire-exploitant du FSP ou toute autre personne fournissant le service d'accompagnement au locataire doit répondre à toutes les questions et signer le formulaire.
2. Présenter le formulaire au Bureau régional des foyers de soins médicaux.
3. Le Bureau régional des foyers de soins spéciaux doit remettre le formulaire dûment rempli et signé au Bureau régional du Ministère

Nom du locataire	Numéro de compte du locataire	Numéro de permis du foyer de soins spéciaux
------------------	-------------------------------	---

Nom et adresse de la personne ou de l'agence fournissant le service d'accompagnement au locataire du foyer de soins spéciaux, s'ils diffèrent de ceux figurant sur la facture.

Décrire le lieu de destination, la raison de l'accompagnement du locataire du foyer de soins spéciaux ainsi que la nature du rendez-vous médical/juridique (ordonné par la cour) (*p. ex., consultation du médecin de famille ou visite d'urgence à l'hôpital*).

Date du déplacement (aaaa-mm-jj)	Nombre de kilomètres	Coût du km 0,40 \$	Coût (\$) pour les km parcourus « A »		Temps de déplacement et d'attente	Taux horaire 11,25 \$	Coût (\$) du déplacement et de l'attente « B »
<b>Total partiel</b>					<b>Total partiel</b>		
<b>Total</b>							
<i>(additionner les totaux partiels « A »+« B »)</i>							

J'atteste que j'ai engagé les dépenses décrites ci-dessus relativement à l'utilisation de mon véhicule personnel et que l'assureur du véhicule a autorisé son usage à cette fin.

**Signature de l'auteur(e) de la demande**  
*(exploitant ou autre personne fournissant le service)*

### Local HSC Office Use Only

Local HSC office

Signature of HSC field staff

Date