

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s’y prête.

REmplir à l’encre et en lettres majuscules

IMPORTANT

- Vous devez fournir une confirmation écrite pour chacune des visites médicales.
- Les frais de repas peuvent être remboursés selon la distance ou la durée du service, s’il y a lieu.
- Vous devez fournir les reçus pour toute demande de remboursement des frais de transport, d’hébergement et de stationnement ainsi que la facture du transport bénévole, s’il y a lieu.
- Si une personne doit vous accompagner en raison de votre état de santé, vous devez fournir une preuve médicale.
- Le tarif le plus économique sera retenu pour calculer le montant qui doit vous être remboursé, et ce, selon la fréquence maximale recommandée par votre médecin.
- Vous devez adresser votre demande à votre centre local d’emploi au plus tard le dernier jour du mois qui suit le mois réclamé.

Renseignements sur l’identité du demandeur

| | | | |
|-------------------|--------------------------------|-----------|-------------|
| Nom de famille | | Prénom | |
| Numéro de dossier | | Téléphone | |
| Adresse | Numéro | Rue | Appartement |
| | Ville, village ou municipalité | | Code postal |

Centre local d’emploi

Motifs de la demande

- Raison médicale Activités thérapeutiques recommandées par un médecin

Est-ce qu’un organisme vous rembourse des frais pour ces déplacements? Oui Non

Si oui, précisez le nom de cet organisme et le montant qu’il vous rembourse. _____ \$

Précisions sur les déplacements et les frais réels encourus

Déplacements du mois de : Mois Année

Veillez préciser le ou les moyens de transport qui ont servi pour vos déplacements

Véhicule personnel, ou celui d’un ami ou d’un parent Transport bénévole Taxi

Transport en commun Tarif du laissez-passer mensuel \$ _____ Tarif pour chaque passage \$ _____

Autres, précisez _____

Précisez, dans le tableau suivant les dates de vos déplacements pour raison médicale ou le nombre de déplacements effectués pour des activités thérapeutiques et, s’il y a lieu, les frais réels payés (si vous manquez d’espace, fournir les renseignements sur une feuille en annexe).

| Déplacements pour raison médicale | | | Kilomètres aller/retour (s’il y a lieu) | Frais de stationnement (s’il y a lieu) | Frais d’hébergement (s’il y a lieu) | Frais de repas (s’il y a lieu) | | | | | |
|--|------|------|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|------------|--------|------------|--------|------------|
| | | | | | | Déjeuner | | Dîner | | Souper | |
| Année | Mois | Jour | | | | Nombre | Coût total | Nombre | Coût total | Nombre | Coût total |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| | | | | | \$ | | \$ | | \$ | | \$ |
| Déplacements pour activités thérapeutiques | | | Kilomètres aller/retour (s’il y a lieu) | Frais de stationnement (s’il y a lieu) | | | | | | | |
| Nombre | | | | | \$ | | | | | | |

Pour vous aider à calculer le nombre de déplacements au cours de ce mois, vous pouvez vous servir de ce calendrier.

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

Veillez ajouter tout autre renseignement additionnel ci-dessous.

Déclaration de l’organisme (pour les activités thérapeutiques seulement)

Je confirme la participation du prestataire à des activités thérapeutiques, ainsi que le nombre de présence indiquée, au cours de la période mentionnée.

Date _____ Nom de famille et prénom _____ Titre du poste _____ Signature du représentant de l’organisme _____

Déclaration du prestataire

- Je demande que le paiement des transports médicaux demandé soit fait au nom de _____ et j’autorise le ministère de l’Emploi et de la Solidarité sociale à effectuer le paiement directement à ce fournisseur.
- J’affirme solennellement que les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont exacts et complets et, en cas de modification, je m’engage à en informer sans délai le ministère de l’Emploi et de la Solidarité sociale.

Date _____ Signature du prestataire _____