

PROGRAMME D'AIDE TRANSPORT-HÉBERGEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

CADRE DE GESTION RÉGIONAL GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE

**ÉTABLISSEMENT FIDUCIAIRE
Centre de réadaptation de la Gaspésie**

**Adopté au conseil d'administration
de l'Agence de la santé et de services sociaux
de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
le 19 mars 2015**

Cette publication est une production de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Note

Dans ce texte, le masculin est utilisé dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes

Direction

M^{me} Connie Jacques, directrice de la planification et de l'organisation des services (DPOS)

Rédaction

Comité d'admission du Programme d'aide transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap

Membres du comité de travail

Comité d'admission du Programme d'aide transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap

M^{me} Catherine Leclerc, conseillère en gestion financière – Centre de réadaptation de la Gaspésie

M^{me} Julie Ouellet, technicienne en administration et responsable de l'application du Programme d'aide transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap – Centre de réadaptation de la Gaspésie

M^{me} Carole Coulombe, attachée de direction – Centre de réadaptation de la Gaspésie

Mise en pages et révision du texte

M^{me} Carole Coulombe, attachée de direction – Centre de réadaptation de la Gaspésie

ISBN : 978-2-550-72723-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-72724-8 (PDF)

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2015

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

1. OBJECTIF DU PROGRAMME	1
1.1 Principes généraux.....	1
1.2 Rôles et responsabilités des acteurs concernés	1
2. CLIENTÈLE VISÉE	3
3. DÉFINITIONS.....	4
4. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME	5
5. SITUATIONS PARTICULIÈRES	6
6. FACTEURS D'EXCLUSION	7
7. COUVERTURE DU PROGRAMME	7
8. MODALITÉS FINANCIÈRES	7
8.1 Avance de fonds	7
8.2 Modalités de remboursement	8
9. PROCÉDURE ET DOCUMENTS PERTINENTS À UNE DEMANDE	8
9.1 Documents	8
9.2 Fermeture du dossier.....	9
9.3 Cheminement d'une demande.....	9
10. COMITÉ D'ADMISSION AU PROGRAMME	9
11. MÉCANISME DE CONCILIATION.....	10
12. GESTION DES PLAINTES	10

ANNEXE 1 – FORFAITS DU PROGRAMME	13
ANNEXE 2 – AGENTS PAYEURS – FACTEURS D'EXCLUSION.....	17
ANNEXE 3 - DEMANDE D'AIDE	21
ANNEXE 4 – PRÉVISION DE DÉPLACEMENT	33
ANNEXE 5 – CERTIFICAT MÉDICAL	37
ANNEXE 6 – ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT	41
ANNEXE 7 – FORMULAIRE DE RÉCLAMATION	45

INTRODUCTION

Le programme *Transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap* vise à **supporter** financièrement la personne ayant un handicap qui, en raison de l'absence, de l'éloignement ou de la fréquence des services qu'elle requière, engage des frais importants en ce qui concerne son transport et parfois son hébergement pour avoir accès à des **services spécialisés** en lien avec sa déficience.

Le présent cadre de gestion vient préciser les critères d'admissibilité au programme et proposer des modalités administratives qui permettront ainsi de mieux servir la personne ayant un handicap et d'en faciliter la gestion pour l'ensemble des acteurs impliqués.

Pour la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, c'est le Centre de réadaptation de la Gaspésie qui agit à titre de fiduciaire de gestion du programme.

1. OBJECTIF DU PROGRAMME

Procurer une aide financière compensatoire pour le déplacement de toute personne vivant avec un handicap, selon la définition précisée à la section « clientèle visée ». Ce déplacement doit être pour se rendre à **un établissement du réseau de la santé et des services sociaux** offrant les services d'adaptation-réadaptation, de complément de diagnostic ou de traitements liés aux déficiences déjà identifiées au plan d'intervention (PI) de la personne vivant avec un handicap. **Ces services doivent être offerts le plus près possible¹ du milieu de vie de la personne et doivent être reconnus par le réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec ou par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).**

Ce programme vise à soutenir les personnes vivant avec un handicap qui, compte tenu de leurs incapacités en raison de l'absence, de l'éloignement ou de la fréquence des services qu'elles requièrent, doivent généralement recourir plus souvent que la population en général à des services de santé et des services sociaux. La notion **d'aide financière** compensatoire vient donc appuyer cet énoncé.

1.1 Principes généraux

Le *Programme régional de transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap* s'appuie sur les principes suivants :

- Maintien de l'accessibilité universelle;
- Accessibilité en fonction des ressources disponibles affectées au programme;
- Évaluation des besoins de services de la personne vivant avec un handicap;
- Réévaluation annuelle des prévisions de déplacement.

1.2 Rôles et responsabilités des acteurs concernés

Agence de la santé et des services sociaux

- Mettre en place un modèle administratif régional qui prend en considération les principes directeurs mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le réviser périodiquement;
- Mettre en place un processus de reddition de comptes qui puisse fournir l'information sur l'accessibilité au programme, la situation budgétaire ainsi que les principaux problèmes rencontrés dans l'application, et les recommandations pour les corriger;
- S'assurer du respect des orientations prévues au cadre de gestion régional par le Centre de réadaptation de la Gaspésie et intervenir au besoin.

¹ Pour ce qui est des services spécialisés, le lieu de référence doit être en fonction des corridors de services établis par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Centre de réadaptation de la Gaspésie, fiduciaire du programme

- Recevoir les demandes d'inscription au programme pour l'ensemble des personnes vivant avec un handicap pour la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- S'assurer de l'admissibilité et de la conformité des demandes en fonction des paramètres du programme;
- Informer le demandeur de la décision du comité d'admission et préciser la procédure de remboursement dans un délai maximal de 90 jours à partir de la date de réception de l'ensemble des documents nécessaires pour le dépôt d'une nouvelle demande d'admissibilité au programme;
- Effectuer le paiement au demandeur dans un délai de 30 jours suivant la réception du formulaire de réclamation pour frais de déplacement ;
- Gérer la liste d'attente et définir des modalités pour établir la priorité des demandes, le cas échéant;
- 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 selon les attentes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine;
- Gérer les plaintes de la clientèle en fonction des précisions mentionnées à l'article 12 du présent document;
- Convoquer et animer le comité d'admission, lequel soutient le fiduciaire dans le suivi du programme.

Les établissements

Les établissements sont responsables de l'accueil, de l'évaluation et du soutien de la personne ayant un handicap notamment celle qui nécessite une aide financière pour le transport et l'hébergement. Pour ce faire, ils doivent :

- Diffuser l'information sur le programme à la clientèle cible;
- Accompagner l'usager pour remplir les documents nécessaires au programme;
- Assurer une représentation au comité d'admission;
- Procéder à l'évaluation de la personne ayant un handicap;
- Élaborer un plan d'intervention (PI) en regard des besoins de la personne ayant un handicap afin d'évaluer son admissibilité au programme et remplir le formulaire de prévision de déplacement prévu au programme;
- Réviser, chaque année, le plan d'intervention, ajuster les prévisions de déplacement et les faire parvenir à l'établissement fiduciaire dans le but de planifier le budget nécessaire pour assurer les déplacements requis;
- Prévenir l'établissement fiduciaire du programme de tout déplacement non planifié dans les prévisions de déplacement;
- Évaluer l'aide qui peut être offerte à une personne ayant un handicap dans le cadre d'autres programmes lorsque celle-ci ne répond pas aux critères d'admissibilité du programme d'aide transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap.

Responsabilités de l'utilisateur

La personne ayant un handicap (ou son représentant légal si la personne n'est pas en mesure de le faire elle-même), désirant bénéficier du programme doit s'adresser à son établissement de référence, soit le CSSS ou le Centre de réadaptation de son territoire, pour vérifier son admissibilité au programme. Avec la collaboration de l'établissement, elle doit;

- Formuler une demande d'aide avec la participation de l'intervenant de l'établissement;
- Acheminer les documents nécessaires au traitement de sa demande par le fiduciaire;
- Faire parvenir les pièces justificatives nécessaires au remboursement dans les délais prévus;
- Aviser l'intervenant responsable de son dossier de tout changement dans sa condition pouvant générer un impact sur sa prévision de déplacement;
- Aviser l'établissement fiduciaire d'un changement de domicile permanent;
- Conserver les « avis de paiements » reçus aux fins d'impôt.

2. CLIENTÈLE VISÉE

Les personnes admissibles au programme sont les personnes vivant avec un handicap 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 E20.1)

« 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. »

Notons qu'il doit y avoir démonstration que la personne correspond à la définition d'une personne handicapée telle qu'elle est présentée dans ce guide et qu'une reconnaissance par un autre organisme, tel que la Régie des rentes du Québec ou l'Agence du revenu du Canada pour un supplément ou une prestation pour enfants handicapés par exemple, ne constitue pas une garantie de l'acceptation de la personne aux fins du programme Transport-hébergement, les critères d'admissibilité pouvant différer entre les programmes. L'on comprendra que la clientèle de la santé physique exclut, notamment : les maladies cardiaques et respiratoires, le diabète, le cancer, les fractures, et ce, sans être une liste exhaustive.

Également, les rendez-vous et suivis médicaux chez un professionnel de la santé ne sont pas couverts par le Programme d'aide transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap à moins que la visite chez le professionnel de la santé ne soit requise pour obtenir un diagnostic, un complément de diagnostic ou un traitement en lien direct avec le handicap.

Plus précisément, nous définissons les notions de déficiences et d'incapacités telles qu'élaborées au sein des *Orientations ministérielles en déficience physique, objectifs 2004-2009*.

L'accompagnement

De façon générale, la présence d'une personne accompagnatrice sera considérée lorsque :

- La personne adulte ayant un handicap ne peut voyager seule ou être laissée seule, en raison des limitations liées à sa déficience. Le besoin d'un accompagnateur doit être prescrit par un médecin ou encore spécifié au certificat médical.
- L'accompagnateur est nécessaire à la réalisation du plan de service.
- Exceptionnellement, l'accompagnateur d'une personne adulte ayant une déficience visuelle peut être prescrit par la spécialiste en réadaptation en déficience visuelle (SRDV) ou en orientation mobilité (OM).

3. DÉFINITIONS

Les personnes répondant à la définition de la clientèle visée (décrite au point 2), doivent également correspondre aux définitions décrites plus bas :

Personne présentant une déficience physique

La personne, de tout âge, dont la déficience d'un système organique entraîne, ou risque d'entraîner selon toutes probabilités, des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à **l'audition**, à **la vision**, au **langage** ou aux **activités motrices**, et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont réduits ou risquent d'être réduits. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des **services spécialisés de réadaptation**.

Personne présentant une déficience intellectuelle

La personne présentant une déficience intellectuelle a des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Ces incapacités se manifestent dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques, et ce, avant l'âge de 18 ans².

Personne présentant un trouble envahissant du développement

La personne présentant un trouble envahissant du développement a des déficits sur les plans cognitif, social, affectif, intellectuel, sensoriel ainsi qu'en matière d'acquisition du langage. On observe aussi des déficiences qualitatives sévères et envahissantes dans trois secteurs de son développement, soit les interactions sociales, la communication verbale ou non verbale et les intérêts et les comportements qui présentent un caractère restreint, stéréotypé et répétitif³.

Les enfants présentant un retard global du développement

Le retard global de développement est associé à l'enfant de moins de 6 ans qui accuse un retard significatif par rapport à son âge chronologique, dans plusieurs sphères de son développement : motricité, cognition, développement socioémotionnel, communication et autonomie. Ce retard se caractérise, entre autres par des limitations significatives du fonctionnement adaptatif.

² American Association on mental retardation (AAMR), Retard mental-Définition, classification et système de soutien, 10^e édition

³ American Association on mental retardation (AARM)' Retard mental-Définition, classification et système de soutien, 10^e édition

Significative

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

Persistante

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 et respiratoires, le diabète, le cancer et les fractures sont exclus lorsque les incapacités qui en découlent sont susceptibles de disparaître à la suite de traitements, de services d'adaptation ou réadaptation, ou à la prise de médicaments.

Traitement

Action qui sert à soulager ou à améliorer la condition de vie de la personne vivant avec un handicap. Pour que le traitement soit reconnu dans le cadre du programme, on doit être en mesure de répondre **oui à tous les critères suivants** :

- La personne est reconnue comme personne handicapée
 - Handicap intellectuel ou
 - Handicap physique (moteur, langage, auditif, parole)
 - Le déplacement est vers un établissement figurant au *Répertoire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*
 - Le traitement est inscrit au plan d'intervention (PI) ou prescrit par un médecin et reconnu par la RAMQ;
 - Le traitement est offert dans l'établissement de santé et de services sociaux en mesure d'offrir le service au client et le plus rapproché de son domicile ;
 - Le traitement est en lien direct avec le handicap;
 - Le traitement est répétitif ou intensif
 - Requis de façon quasi permanente **ou**
 - Au moins une fois par semaine pour une période déterminée

4. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

- Toute personne vivant avec un handicap correspondant à la définition de la section « clientèle visée » et aux définitions indiquées au point 3. Toute personne ayant un statut de « résident du Québec », qui n'est pas hébergée dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et qui engage des frais de déplacement découlant de la nécessité de recevoir des services d'adaptation-réadaptation, un diagnostic ou un complément de diagnostic ou un traitement **en lien avec une déficience déjà identifiée au plan d'intervention (PI)**. La personne a sa résidence permanente sur le territoire couvert par la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. (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; en cas de pluralité de résidences, on considère, pour l'établissement du domicile, celle qui a le caractère principal »).
- La distance des déplacements à parcourir doit être supérieure à 50 km aller-retour entre le lieu de résidence permanente de la personne vivant avec un handicap et l'établissement ou le lieu où les

services seront offerts. Sont également admis, les déplacements intensifs d'une fréquence de 2 à 3 fois par semaine totalisant 50 km (ex. : réadaptation intensive).

- Tout déplacement doit être inscrit sur la prévision de déplacement et préalablement autorisé par le responsable du programme au CR de la Gaspésie.

5. SITUATIONS PARTICULIÈRES

Une personne peut être admise au programme lorsqu'elle se retrouve dans l'une des situations suivantes :

- Pour la personne vivant avec un handicap qui est bénéficiaire de la sécurité du revenu et utilisant un véhicule personnel, l'établissement fiduciaire autorise uniquement le remboursement de la différence entre les frais admissibles au programme et le remboursement du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- Pour la personne souffrant d'insuffisance rénale reconnue par le programme à partir du moment où elle doit recevoir des traitements d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, et ce, dans le respect des critères d'admissibilité.
- Pour les déplacements de traitement répétitif d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale;
- Pour la personne vivant avec un handicap qui a à se déplacer pour recevoir des services d'adaptation ou de réadaptation qui nécessitent des suivis de façon intensive.
- Pour la personne ayant une déficience visuelle ou motrice ou pour un enfant autisme qui a à se déplacer vers la Fondation Mira pour se procurer un chien guide.
- Pour la personne qui a à se déplacer pour recevoir des services du Programme d'évaluation et d'entraînement à la conduite automobile (PEECA) pour l'adaptation de son véhicule. Une intervention de réadaptation est requise, ce qui signifie que l'adaptation apportée au véhicule doit être prescrite par un professionnel de la réadaptation et vérifiée après sa réalisation par ce même professionnel ou par un professionnel de l'IRDPQ. Tout autre déplacement se rapportant à l'adaptation sans recommandation par un professionnel de la réadaptation ou pour une réparation au véhicule est refusé.

6. FACTEURS D'EXCLUSION

Ne peut bénéficier du *Programme d'aide transport-hébergement des personnes vivant avec un handicap*:

- La personne dont les frais de déplacement sont assumés par d'autres agents payeurs (Annexe 2);
- La personne hébergée dans une ressource sans cohabitation, dans une résidence à assistance continue (RAC) ou un CHSLD, ainsi que l'enfant en placement temporaire. Il appartient à l'établissement responsable d'assumer les frais inhérents à un déplacement;
- La personne qui se déplace pour obtenir des services de santé et des services sociaux dans un établissement :
 - o qui **ne figure pas** au Répertoire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
 - o qui ne sont pas offerts par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (toute clinique privée) ou par la RAMQ;
 - o qui choisit d'aller dans un établissement qui n'est pas le plus rapproché et en mesure d'offrir les soins ou celui désigné comme corridor de services par l'Agence pour des services spécialisés.

7. COUVERTURE DU PROGRAMME

Les forfaits admissibles aux fins de remboursement concernant le transport, l'hébergement, les frais de repas ainsi que les frais encourus par un accompagnateur sont inscrits à l'annexe 1 du présent cadre de référence.

Les forfaits sont des mesures administratives et peuvent être modifiés conjointement par l'établissement fiduciaire et l'Agence.

8. MODALITÉS FINANCIÈRES

8.1 *Avance de fonds*

Une avance budgétaire peut être accordée en estimant un maximum de 50 % du montant prévu du déplacement, et ce, pourvu que le délai imparti le permette. Par contre, si le bénéficiaire du programme reçoit une prestation de la sécurité du revenu, la demande d'avance de fonds doit être faite à son centre local d'emploi.

Lorsqu'un établissement du réseau de la santé fait une avance directement au bénéficiaire pour un déplacement, il doit y avoir préalablement une entente entre l'intervenant et le responsable du programme au Centre de réadaptation de la Gaspésie.

8.2 Modalités de remboursement

Le remboursement des frais de déplacement se fait à la personne admise au programme ayant un handicap ou à son représentant (exemple : parent ou tuteur d'un enfant – annexe 7). En effet, aucun remboursement ne pourra être versé à un tiers. Le délai de paiement se fait à l'intérieur d'une période de 30 jours à la suite de la réception du formulaire de réclamation. Le délai de paiement peut être plus court si la personne adhère à la modalité du dépôt direct. Dans un esprit d'optimisation, l'adhésion au dépôt direct est fortement recommandée.

La réclamation doit être acheminée dans un délai de 30 jours suivant le déplacement. Exceptionnellement, les traitements intensifs de réadaptation requis qui s'étendent normalement sur une période de trois mois peuvent être faits à la fin de cette période.

Le formulaire de réclamation doit être dûment signé par la personne réclamant une aide financière ou par son représentant. Le document doit être accompagné de pièces justificatives originales. Les bénéficiaires de la sécurité du revenu peuvent fournir des photocopies des pièces justificatives.

9. PROCÉDURE ET DOCUMENTS PERTINENTS À UNE DEMANDE

9.1 Documents

Les documents suivants sont nécessaires afin d'analyser la demande :

- Formulaire de demande d'aide spécifique au programme (annexe 3)
- Formulaire de prévision de déplacement spécifique au programme (annexe 4). **Ce document est valide pour une période d'un an. Une évaluation des besoins de l'utilisateur est nécessaire annuellement. Pour ce faire, l'utilisateur doit contacter son intervenant. Un nouveau formulaire de prévision de déplacement est rempli et retourné au responsable du programme au Centre de réadaptation de la Gaspésie.**
- Certificat médical (annexe 5) signé par le médecin traitant ou spécialiste expliquant clairement le diagnostic et l'aspect significatif et persistant de la déficience;
- Rapport d'un professionnel de la réadaptation attestant de la présence d'une déficience (DM, DL, DA, DV, DI, TED);
- Autre formulaire : Adhésion au dépôt direct (annexe 6)

Ces formulaires doivent être acheminés au responsable du programme à l'adresse suivante :

*Programme de transport-hébergement
des personnes vivant avec un handicap
Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4*

9.2 Fermeture du dossier

Le responsable du programme procède à une fermeture de dossier lorsque celui-ci est inactif pendant plus de 3 ans. De plus, une prévision de déplacement doit être fournie par l'intervenant au dossier annuellement. Dans le cas contraire, le programme considère que l'utilisateur n'a plus de déplacement relié à son plan d'intervention (PI). Le responsable du programme fait parvenir une lettre à l'utilisateur mentionnant la fermeture de son dossier.

9.3 Cheminement d'une demande

1. L'utilisateur doit se référer à un intervenant, soit du :
 - CSSS le plus près;
 - CR s'il reçoit des services à cet endroit;
 - Autres, par exemple CSSS de Rimouski pour ce qui est de l'insuffisance rénale;
2. La demande est remplie par l'utilisateur ou son représentant légal avec l'appui de l'intervenant de l'établissement, le cas échéant;
3. La demande est alors acheminée au responsable du programme avec les documents nécessaires à l'analyse (point 9.1).
4. Le responsable doit s'assurer que le dossier est complet pour présenter la demande au comité d'admission.
5. Après décision avec le comité d'admission, l'utilisateur reçoit une lettre mentionnant l'acceptation ou le refus de sa demande d'aide, copie conforme à l'intervenant qui a produit la demande.

10. COMITÉ D'ADMISSION AU PROGRAMME

Mission

La mission première du comité est d'offrir une expertise multidisciplinaire par le biais de professionnels venant de milieux variés du réseau de la Santé et des Services sociaux dans le but de statuer et de prendre la décision la plus appropriée à chaque situation distincte quant à l'admission des nouvelles demandes au Programme d'aide Transport-Hébergement des personnes vivant avec un handicap.

Mandat

1. Pour toutes nouvelles demandes d'admission au programme, le comité en fait l'analyse et rend une décision par consensus. Dans le cadre d'évaluation de demandes déjà admissibles, un consensus raisonnable est également nécessaire afin de bien statuer sur la poursuite des déplacements du bénéficiaire.
2. Le comité doit respecter le caractère confidentiel des nouvelles demandes et des demandes en cours.

Composition du comité d'admission

- Un représentant du Centre de réadaptation de la Gaspésie
- Un représentant des CSSS
- Un représentant du programme déficience physique de l'Agence de santé et de services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine.

Le rôle de chacun des membres du comité est de :

- Prendre connaissance des dossiers à être discutés, faire des recherches au besoin sur les particularités qui seront discutées et faire une préanalyse des demandes avant la rencontre;
- Apporter des arguments et donner son point de vue selon sa propre expertise;
- Analyser les nouvelles demandes au programme selon le cadre de gestion;
- Procéder à l'examen de conformité des demandes et décider de l'admissibilité des personnes requérantes;
- Vérifier que les déplacements sont à l'endroit le plus approprié et le plus près;

Le rôle du fiduciaire du programme est de :

- Coordonner le comité au niveau des rencontres, effectuer un compte rendu;
- Acheminer au préalable le tableau synthèse des dossiers à discuter;
- Apporter au comité les demandes pour en faire l'analyse;
- Informer le comité des éléments nécessaires à la prise de décision;
- Informer les usagers de la décision du comité.

11. MÉCANISME DE CONCILIATION

Tout usager qui n'est pas d'accord avec la décision du comité d'admission peut, avant de porter plainte, demander à rencontrer son intervenant pour échanger avec lui afin de comprendre les raisons du refus.

12. GESTION DES PLAINTES

Après avoir discuté avec l'intervenant au dossier, si la personne est toujours en désaccord avec la décision rendue ou insatisfaite du traitement de son dossier conformément à l'application du cadre de gestion du programme, celle-ci ou son représentant dûment mandaté peuvent déposer une plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services à l'adresse suivante :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4

Après avoir discuté avec l'intervenant au dossier, si la personne est toujours en désaccord avec la décision rendue et que celle-ci concerne directement avec les critères d'admissibilités ou les règles du cadre de gestion du programme, celle-ci ou son représentant dûment mandaté peuvent déposer une plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services à l'adresse suivante :

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine
144, boulevard Gaspé
Gaspé (Québec) G4X 1A9

ANNEXE 1 – Forfaits du programme

FORFAITS DU PROGRAMME

Les frais admissibles aux fins de remboursement concernent le transport, l'hébergement et les frais de repas pour la personne ayant un handicap qui est admise au programme ainsi que pour son accompagnateur:

Transport

L'utilisateur, en tout temps, doit être à bord du véhicule pour tout déplacement inscrit et autorisé sur la prévision de déplacement.

Un déplacement, autant à l'aller qu'au retour, doit se faire dans une même journée sauf si la condition de santé de la personne ayant un handicap ne le permet pas et qu'une recommandation médicale à cet effet est présente au dossier. Dans ce cas, les frais de séjour sont également remboursables (voir hébergement)

Le mode de transport privilégié doit être l'autobus. En tenant compte de la santé et la condition physique de la personne ainsi que de la réalité géographique, exceptionnellement, un autre moyen de transport peut être utilisé.

Pour les déplacements, les distances routières sont établies en référence aux codes postaux du lieu de résidence de la personne et du lieu de services, tel que calculé par le site Internet google Map en premier lieu et MapQuest si la première recherche s'est avérée infructueuse.

Le taux de remboursement est **0,295 \$** du kilomètre pour un véhicule personnel ou le transport adapté. Pour ce qui est de l'autobus, du taxi et du train en classe économique, le coût réel est remboursé sous présentation des originaux. Le stationnement est également remboursé sur présentation d'une pièce justificative reliée au déplacement de la personne ayant un handicap. La personne qui choisit librement d'aller vers un établissement ou un lieu autre que celui prescrit dans son plan d'intervention ne peut bénéficier du programme d'aide de la politique. Elle doit payer l'ensemble des frais de transport et d'hébergement.

Hébergement

Pour la personne ayant un handicap qui utilise l'hébergement dans un établissement hôtelier, un montant de **60 \$** par nuit sera remboursé lorsque le séjour s'effectue à Montréal ou à Québec. Pour tous les déplacements ailleurs au Québec, un montant maximal de **50 \$** sera remboursé. **La présentation des factures originales est obligatoire** pour effectuer le remboursement. Dans le cas d'un hébergement chez un membre de la famille ou chez un ami, un montant forfaitaire de **20 \$** par nuit sera remboursé.

0 km à 600 km	Aucun hébergement
601 km à 1200 km	Un hébergement
1201 km et plus	Deux hébergements

*Kilométrage basé sur un transport aller-retour

Repas

L'allocation financière accordée pour les repas à la personne ayant un handicap admissible est la suivante :

Déjeuner :	5 \$
Dîner :	6 \$
Souper :	9 \$
Total par jour :	20 \$

Les repas sont accordés selon les heures de départ et d'arrivée considérant l'heure du rendez-vous. Le temps approximatif pour se rendre est calculé selon le kilométrage et non selon le temps réel. Un déjeuner est autorisé lorsque le départ doit se faire avant 7 h 30. Un dîner est autorisé si le départ se fait avant 11 h 30 et l'arrivée après 13 h 30. Si le départ se fait avant 17 h 30 et l'arrivée après 18 h 30, un souper est autorisé.

Accompagnateur

Les requérants en deçà de 18 ans et ceux dont la condition clinique nécessite la présence d'un accompagnateur peuvent bénéficier d'une aide financière. L'accompagnateur pour une personne adulte doit être prescrit par un médecin. Le programme ne paie qu'un seul accompagnateur. L'accompagnateur doit occuper la même chambre que la personne handicapée et bénéficie d'un montant de 10 \$ par jour pour l'hébergement en hôtellerie et de 20 \$ par jour pour les trois repas.

Séjour prolongé

Lorsque cette situation est plus économique ou pour tout voyage de plus de quatre jours, le programme remboursera jusqu'à concurrence de **350 \$/semaine** pour le premier mois comprenant l'hébergement et les repas, si les dépenses le justifient. Une entente doit être prise au préalable avec le responsable du programme. Est considéré comme premier mois, le mois où commencent les déplacements.

- Si le traitement commence la première semaine du mois, et ce, pendant 4 semaines, la personne recevra en remboursement jusqu'à concurrence de 350 \$ par semaine si les dépenses le justifient.
- Si le traitement commence la troisième semaine du mois, la personne recevra jusqu'à concurrence de 350 \$ par semaine pour les deux dernières semaines du mois, si les dépenses le justifient. Si le traitement doit se prolonger le mois suivant, le montant forfaitaire de 650 \$ sera appliqué dès le mois suivant et pour les autres mois subséquents si les déplacements sont requis et que les dépenses le justifient.

Aide maximale accordée

Le montant de 650 \$ par mois constitue l'aide maximale pour toutes les dépenses engagées par le requérant sur une période de 6 mois. Dans le cas où le traitement doit se poursuivre au-delà de 6 mois, une entente doit être prise au préalable avec le responsable du programme.

Frais non admissibles à un remboursement

- Les transferts interétablissements;
- Tous les rendez-vous ou suivis médicaux exceptés ceux pour obtenir un diagnostic, une précision de diagnostic ou un traitement en lien direct avec le handicap.
- Les transports ambulanciers
- Tous déplacements par les proches aidants dont l'utilisateur n'est pas présent dans l'automobile.

ANNEXE 2 – Agents payeurs – Facteurs d'exclusion

Liste des agents payeurs menant à l'exclusion du programme (point 6 : Facteurs d'exclusion)

- SAAQ, Société de l'Assurance Automobile du Québec
- CSST, Commission de Santé et Sécurité au Travail
- IVAC, Indemnisation des victimes d'actes criminels
- Ministère de la Justice du Québec;
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada;
- Ministère des Anciens Combattants;
- Solliciteur général du Canada;
- Ministère de la Défense nationale;
- Ministère des Affaires indiennes et du Nord du Canada.

ANNEXE 3 - Demande d'aide

DEMANDE D'AIDE



PROGRAMME RÉGIONAL DE TRANSPORT-HÉBERGEMENT DES PERSONNES VIVANT UN HANDICAP

**RETOURNER CE QUESTIONNAIRE DÛMENT REMPLI À L'ADRESSE
SUIVANTE :**

**Responsable du Programme régional de transport-hébergement
des personnes vivant un handicap
Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4
418 763-3325**

GUIDE D'UTILISATION

S.V.P., écrire en caractères d'imprimerie et à l'encre noire

Vous pouvez détacher les deux premières pages du formulaire pour le remplir.

1. IDENTIFICATION

N° d'assurance-maladie

Prenez soin d'indiquer votre numéro d'assurance-maladie au complet (facultatif) ou celui de la personne pour qui vous faites une demande, car celui-ci servira d'identification pour le dossier.

Exemple :

P	I	N	C	4	2	0	6	2	4	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Identification de la personne qui fait ou pour qui est faite la demande :

Lorsque vous n'utilisez pas régulièrement votre nom de famille à la naissance, vous devez inscrire le nom que vous utilisez le plus fréquemment à l'indication « nom habituel ».

Identification de la représentante ou du représentant de la personne pour qui est faite la demande :

Si la personne qui signe le formulaire n'est pas la personne pour qui est faite la demande, elle indique son nom ainsi que la relation avec la personne pour qui est faite la demande (tutrice, tuteur, curatrice, curateur, père, mère, conjointe, conjoint, ou tout autre personne qui assiste et représente régulièrement la personne pour qui est faite la demande). Cette représentation n'a lieu que si la personne pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans, mais est incapable d'administrer ses biens. Un employé d'un établissement qui héberge ou fournit des services à la personne pour qui la demande est faite ne peut signer le formulaire à moins qu'il ne s'agisse d'une des personnes énumérées précédemment.

2. ADMISSIBILITÉ

Cette partie doit être obligatoirement remplie, et devra être appuyée par un rapport médical d'une ou d'un professionnel reconnu (médecin, spécialiste, ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, etc.) décrivant les déficiences et les limitations fonctionnelles justifiant la demande. Ces renseignements sont nécessaires afin de nous permettre de déterminer si la personne qui fait une demande correspond à la définition légale d'une personne ayant un handicap et est admissible à nos services.

Personne ayant un handicap : 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.

3. SOURCE DE REVENUS

Description des sources de revenus

Vous devez compléter la partie « Description des sources de revenus » en indiquant le type de revenu (assurance-emploi, sécurité du revenu, etc.).

4. IDENTIFICATION DES BESOINS

Décrivez, le mieux possible, ce que vous vivez actuellement et les principales difficultés que vous rencontrez en fonction de votre ou vos déficiences. Si vous recevez déjà certains services, décrivez-les ainsi que les dépenses supplémentaires que vous devez faire pour recevoir ces services ou pour remplacer des services manquants. La demande d'aide vous permet d'indiquer le moyen que vous voudriez pour répondre à votre besoin.

5. ENGAGEMENT

Vous devez signer l'engagement ci-joint afin de nous permettre de vous accorder, si nécessaire, l'aide matérielle essentielle à la réalisation de votre demande d'aide. Vous devez fournir au Centre de réadaptation de la Gaspésie, les renseignements et documents nécessaires pour déterminer votre admissibilité et supporter les frais qui sont laissés à votre charge ou à celle de votre famille dans votre demande d'aide.

Si vous avez moins de 18 ans ou si vous avez plus de 18 ans, mais êtes incapable d'administrer vos biens, l'engagement doit également être signé par une personne qui vous assiste et vous représente régulièrement, tel que décrit à la section 1 du présent guide d'utilisation.

1. IDENTIFICATION

N° d'assurance-maladie :
(facultatif)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT OU POUR QUI EST FAITE LA DEMANDE

Nom à la naissance _____		Prénom _____	
Nom habituel _____	Sexe _____	Date de naissance _____ _____ _____ année mois jour	
Adresse permanente _____		App. _____	
N° _____	Rue _____		
Ville _____		Province _____	Code postal _____
Adresse actuelle (si différente) _____		App. _____	
N° _____	Rue _____		
Ville _____		Province _____	Code postal _____
N° de téléphone (____) _____	(____) _____	(____) _____	
Code Résidence	Code Travail	Code	Autre, précisez _____
Pour vous joindre au téléphone, devons-nous utiliser un appareil pour malentendante ou malentendant? (TTY ou ATME) OUI ☐ NON ☐			

Si la personne qui fait ou pour qui est faite la demande n'est pas celle qui remplit le présent formulaire, complétez la section suivante :

IDENTIFICATION DE LA REPRÉSENTANTE OU DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE POUR QUI EST FAITE LA DEMANDE

Nom à la naissance _____		Prénom _____	
Nom habituel _____			
Lien avec la personne pour qui est faite la demande			
☐ Père ou mère	☐ Tutrice ou tuteur	☐ Conjointe ou conjoint	☐ Curatrice ou curateur
☐ Autre (précisez) _____			
Adresse permanente _____		App. _____	
N° _____	Rue _____		
Ville _____		Province _____	Code postal _____
N° de téléphone (____) _____	(____) _____	(____) _____	
Code Résidence	Code Travail	Code	Autre, précisez _____

À l'usage du Centre de réadaptation de la Gaspésie

Déficiência _____

Accepté par : _____ Date : _____

2. ADMISSIBILITÉ

DÉFICIENCE

Identifiez la déficience et décrivez-la brièvement. Indiquez pour chacune la cause et la date d'apparition.

DÉFICIENCE 1 - CAUSE	DATE	DÉFICIENCE 2 - CAUSE	DATE
☐ acquise à la naissance	Date :	☐ acquise à la naissance	Date :
☐ due à une maladie	Date :	☐ due à une maladie	Date :
☐ causée par un accident de travail	Date :	☐ causée par un accident de travail	Date :
☐ causée par un accident de la route	Date :	☐ causée par un accident de la route	Date :
☐ autre accident	Date :	☐ autre accident	Date :

Description :

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?
(Exemples : prothèse auditive, aide visuelle, fauteuil roulant, interprète, parrainage civique, dialyse, appareil respiratoire, etc.)

OUI ☐ Indiquez lesquelles : _____

NON ☐ _____

ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE	Capable seul		Capable avec aide		Incapable	Ne s'applique pas
	Sans difficulté	Avec difficulté	D'une personne	Technique		
Voici une liste d'activités et de comportements de la vie quotidienne. Pour chaque action, cochez les réponses qui décrivent le mieux la manière dont vous pouvez l'accomplir habituellement et actuellement en fonction de la déficience.						
Reconnaître les personnes et les objets						
Vous déplacer dans le voisinage sans vous perdre						
Apprendre (exemples : suivre un mode d'emploi, une directive)						
Établir ou maintenir des relations avec les gens						
Prendre ou assumer des responsabilités						
Organiser, prévoir une activité dans le temps (exemple : revenir à l'heure pour les repas)						
Parler						
Vous faire comprendre						
Écouter avec attention quelqu'un ou un message						

Entendre						
ACTIVITÉS DE VIE QUOTIDIENNE	Capable seul		Capable avec aide			
Voici une liste d'activités et de comportements de la vie quotidienne. Pour chaque action, cochez les réponses qui décrivent le mieux la manière dont vous pouvez l'accomplir habituellement et actuellement en fonction de la déficience.	Sans difficulté	Avec difficulté	D'une personne	Technique	Incapable	Ne s'applique pas
Lire						
Écrire						
Comprendre le sens d'un signe ou symbole (exemples : flèches, feux de circulation)						
Aller aux toilettes						
Prendre un bain ou une douche						
Faire votre toilette (exemples : brosser ses dents, se laver les mains ou le visage, se peigner)						
Vous habiller ou vous déshabiller						
Manger						
Marcher						
Monter, descendre les escaliers						
Vous lever ou vous coucher						
Monter et descendre d'un véhicule						
Conduire un véhicule						
Faire les courses et transporter vos paquets						
Donner des soins à un enfant ou une personne à charge						
Préparer des repas						
Entretenir la maison (exemples : époussetage, lavage, faire les lits)						
Effectuer les travaux lourds (exemple : faire le grand ménage)						
S'étirer ou se baisser pour atteindre, attraper ou déplacer un objet						
Garder votre équilibre						
Maintenir une position (exemple : rester debout ou assis)						
Ouvrir ou fermer les portes, les robinets, etc.						
Manipuler de petits objets avec les doigts (exemple : clés)						
Effectuer un effort physique soutenu						
Endurer des facteurs environnementaux (exemples : chaleur, froid, lumière, bruit, poussière)						
Autres difficultés, précisez :						

3. SOURCES DE REVENUS

À compléter obligatoirement

- ☐ Emploi rémunéré
- ☐ Aide sociale
- ☐ Commission de santé et sécurité du travail (CSST)
- ☐ Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
- ☐ Régie des rentes du Québec (RRQ)
- ☐ Pension de vieillesse et supplément de revenu
- ☐ Prestations d'assurances personnelles
- ☐ Assurance-emploi

Indiquez combien de personnes dépendent de cette source de revenus :

Signature de la personne autorisée

Date

4 IDENTIFICATION DES BESOINS

Cette étape vise à établir avec vous des moyens d'action correspondant à l'ensemble de vos besoins : vous devez cocher sur le tableau suivant les différents domaines dans lesquels vous avez des besoins et les décrire dans la page suivante.

Vous trouverez dans le document d'accompagnement les renseignements nécessaires pour savoir quel genre de besoins peut se trouver dans les différents domaines d'intervention. Chacun de vos besoins peut faire l'objet d'une demande d'intervention.

L'important, c'est que vous nous donniez, autant que vous sachiez, vos besoins et le genre d'aide que vous recherchez.

Vous pouvez également vous adresser aux organismes de votre milieu (CLSC, centre de réadaptation ou autres) afin de vous aider à identifier vos besoins et à déterminer quelles interventions seraient nécessaires pour préparer et réaliser votre demande d'aide.


DEMANDE D'AIDE

TRANSPORT HÉBERGEMENT :		MAINTIEN DANS LE MILIEU :	
TRAITEMENT MÉDICAL	ADAPTATION RÉADAPTATION	SOUTIEN À LA FAMILLE	MAINTIEN À DOMICILE
☐	☐	☐	☐

|

Mes besoins sont : _____

Les services que je reçois présentement sont :

Services _____

Organisme ou
établissement _____

Nom de la personne
qui donne les services _____

Adresse _____

Téléphone _____

Dépenses occasionnées par
ma déficience _____

Je demande de l'aide financière pour : _____

5. ENGAGEMENT

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

Je soussigné-e _____ résidant
prénom nom

au _____
adresse

déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité. Je m'engage à aviser sans délai au Centre de réadaptation de la Gaspésie 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).

Je m'engage à collaborer à l'exécution de mon plan de services (au plan de services) de _____.

Dans l'éventualité où au Centre de réadaptation de la Gaspésie accorde de l'aide matérielle pour assurer la mise en œuvre du plan de services, je m'engage à utiliser cette aide matérielle aux seules fins qui seront décrites dans la lettre d'acceptation qui énumère chaque élément pour lequel l'aide matérielle est octroyée.

Par la présente, j'autorise le Centre de réadaptation de la Gaspésie à demander ou à donner les renseignements jugés nécessaires à l'évaluation et au traitement de mon plan de services (du plan de services de _____) à des personnes ou organismes concernés et compétents dans le domaine.

En foi de quoi, j'ai signé à _____
ou municipalité

ce _____ 20 _____.

Signature de la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande.

Veuillez noter que la personne doit signer si elle est âgée de 14 ans ou plus.

Signature du représentant ou de la représentante

N.B. Cette représentation n'a lieu que si la personne pour qui est faite la demande à moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans, mais est incapable d'administrer ses biens. (Pour plus de précisions, voir les sections 1 et 5 du guide d'utilisation).

Identification de la personne qui s'engage à collaborer à l'exécution du plan de services.

- ☐ Personne elle-même ☐ Mère - Père ☐ Tutrice - Tuteur ☐ Conjointe - Conjoint
☐ Curatrice - Curateur ☐ Autre (précisez) _____

N. B. : Cet engagement ne signifie pas automatiquement que votre demande est acceptée. Aucune dépense ne sera remboursée si elle est effectuée sans l'autorisation écrite du Centre de réadaptation de la Gaspésie

ANNEXE 4 – Prévvision de déplacement

**PRÉVISION DE DÉPLACEMENT
TRANSPORT-HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES AYANT UN HANDICAP**

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE LA PRÉVISION DE VOS DÉPLACEMENTS POUR L'ANNÉE
QUI DÉBUTE À LA DATE DE SIGNATURE DE CE DOCUMENT

À REMPLIR PAR L'INTERVENANT																								
SECTION A - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP	NOM			PRÉNOM			NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE			N° DE TÉLÉPHONE														
	ADRESSE COMPLÈTE									CODE POSTAL														
	IDENTIFICATION DU RESPONSABLE OU DE LA REPRÉSENTANTE OU DU REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP - VOIR PRÉCISION À L'ENDOS DU FORMULAIRE - PRÉVISION DE DÉPLACEMENT - SECTION A - 1^{RE} PUCE																							
	NOM						PRÉNOM																	
SECTION B - IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE ET DES SERVICES (DÉPLACEMENT 1, DÉPLACEMENT 2)	☐ Mère ou père ☐ Tutrice ou tuteur ☐ Conjointe ou conjoint ☐ Curatrice ou curateur Le client a-t-il atteint l'âge de 18 ans depuis la dernière demande : Oui ☐ Non ☐ Le client est-il bénéficiaire de la Sécurité du revenu : Oui ☐ Non ☐																							
	DÉFICIENCE :																							
	Précisez :																							
	SERVICES À RECEVOIR – DÉPLACEMENT 1																							
	SERVICES REQUIS POUR : ☐ Adaptation – Réadaptation ☐ Diagnostic ou complément diagnostic ☐ Traitements SI TRAITEMENT, INSCRIRE LE NOM : _____ UNE COPIE DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE EST OBLIGATOIRE																							
	☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie ☐ Orthophonie ☐ Audiologie ☐ Psy et neuropsychologue ☐ Travailleur social ☐ Dialyse péritonéale ☐ Hémodialyse ☐ Diagnostic ou complément diagnostic Inscrit au PI ou PSI : ☐ Oui ☐ Non Distance à parcourir : _____ Km																							
	Nombre de fois : _____ Période prévue : _____ Par : ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année Du <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												A	M	J				A	M	J			
	A	M	J																					
	A	M	J																					
Services offerts par : (établissement et lieu) :																								
S'il s'agit d'un établissement hors du corridor de service?, expliquez :																								
SERVICES À RECEVOIR – DÉPLACEMENT 2																								
SERVICES REQUIS POUR : ☐ Adaptation – Réadaptation ☐ Diagnostic ou complément diagnostic ☐ Traitements SI TRAITEMENT, INSCRIRE LE NOM : _____ UNE COPIE DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE EST OBLIGATOIRE																								
☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie ☐ Orthophonie ☐ Audiologie ☐ Psy et neuropsychologue ☐ Travailleur social ☐ Dialyse péritonéale ☐ Hémodialyse ☐ Diagnostic ou complément diagnostic Inscrit au PI ou PSI : ☐ Oui ☐ Non Distance à parcourir : _____ Km																								
Nombre de fois : _____ Période prévue : _____ Par : ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année Du <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> au <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												A	M	J				A	M	J				
A	M	J																						
A	M	J																						
Services offerts par : (établissement et lieu) :																								
S'il s'agit d'un établissement hors du corridor de service? expliquez :																								
SECTION C - ACCOMPAGNATEUR ET TRANSPORT	☐ La personne vivant un handicap ne nécessite pas d'accompagnateur ☐ La personne ci-haut identifiée doit être accompagnée dans ses déplacements (Si cette personne est âgée de plus de 18 ans, un billet médical est obligatoire) Transport en commun : ☐ Oui ☐ Non Si non, mode de transport recommandé : _____ Justification : _____																							
SECTION D - IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT	NOM			PRÉNOM			FONCTION																	
	NOM DE L'ORGANISME OU DE L'ÉTABLISSEMENT																							
	ADRESSE COMPLÈTE									CODE POSTAL														
	N° DE TÉLÉPHONE			DATE A M J			SIGNATURE																	

Programme transport-hébergement — Précisions

Les précisions apportées sont déjà toutes citées au cadre de gestion du programme. Ce document se veut un aide-mémoire avant de remplir une nouvelle demande d'aide ou une prévision de déplacement, ou encore au renouvellement de celle-ci.

Nouvelle demande

- **Est-ce que le client présente une déficience?**

- Si oui, est-ce que le diagnostic est posé?
- Sinon, le client est-il en évaluation diagnostic?

Cette information est importante. Elle doit être précisée à la section 2 de la demande d'aide et justifiée par un certificat médical qui doit être joint à la demande d'aide.

- **L'intervenant s'assure que :**

- Les services requis en lien avec l'état de santé du client ne sont pas des services en santé physique, car ces services sont exclus du programme (page 6 du Cadre de gestion).
- Les services demandés sont offerts par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ou par la RAMQ. Les services en clinique privée ne sont pas acceptés par le programme.
- Les services exigés par cette déficience sont en adaptation-réadaptation, diagnostic ou complément diagnostic ou traitement liés à cette déficience inscrits au plan d'intervention (PI) ou au plan de service individualisé (PSI).
- La demande de service n'est pas pour un suivi médical.

- **Lorsque l'intervenant informe le client de l'existence du programme, il est important qu'il lui précise les points suivants :**

- Le billet médical doit expliquer clairement le diagnostic et l'aspect significatif et persistant de la déficience.
- Le billet médical doit mentionner si la condition du client exige un accompagnateur. Cette information est nécessaire à la section C de la prévision de déplacement *Accompagnateur et mode de transport*.
- L'intervenant doit être informé de tout changement dans la condition du client pouvant générer un impact sur la prévision de déplacement. **Le client n'a pas à appeler la responsable du programme.**
- Le formulaire de réclamation doit parvenir à la responsable du programme dans les 30 jours suivant son déplacement (incluant toutes les pièces justificatives).
- La spécialité du médecin rencontré pour un diagnostic ou un complément de diagnostic et le motif en lien avec la déficience doivent être précisés sur l'attestation de présence lors d'une visite chez un professionnel de la santé.
- L'inscription au dépôt direct est recommandée.

Prévision de déplacement

Section A

- **Identification du responsable ou de la représentante ou du représentant de la personne ayant un handicap :**

- Cette section précise à qui le paiement sera fait pour une personne mineure ou pour un client qui a atteint la majorité, mais qui se trouve sous curatelle. Si le paiement doit être émis à une autre personne que le client majeur, une copie du jugement doit être fournie à la responsable du programme. Une seule personne doit être inscrite à cet endroit. Cette information peut toutefois être changée lors de la mise à jour annuelle de la prévision de déplacement.
- L'identification du responsable ou du représentant est demandée également à la section *identification* du formulaire de la demande d'aide au programme régional de transport-hébergement des personnes vivant un handicap.

Section B

- **Identification de la déficience et des besoins :**

- La déficience doit être mentionnée ainsi que la nature des services requis. La prévision de déplacement doit contenir seulement les demandes de services qui ont été jugées recevables lors du questionnement posé avant de remplir la demande d'aide. Si le déplacement est pour un traitement, le nom du traitement doit être inscrit et une copie de la prescription médicale doit être fournie.

- **Services à recevoir :**

- L'endroit et l'établissement doivent être clairement identifiés pour chaque service ex. : Centre de réadaptation de Chandler (et non juste centre de réadaptation) ainsi que la fréquence des services.
- Pour toute demande **hors du corridor de service régional** : s'assurer de joindre la prescription du médecin lors de la première demande et lors de la mise à jour si un nouveau service s'ajoute. Si le besoin de service demeure le même, la prescription du médecin n'a pas besoin d'être renouvelée.

Mise à jour de la prévision de déplacement

- Lors de la mise à jour de la prévision de déplacement, il est important de spécifier si le client a atteint l'âge de 18 ans ou si la source de revenus du client a changé depuis la dernière demande.
- Toujours se référer à la lettre d'admissibilité pour renouveler les services acceptés par le comité.
- Si de nouveaux services en lien avec la déficience sont nécessaires :
 - s'assurer que ceux-ci sont admissibles (services adaptation-réadaptation, diagnostic ou complément diagnostic ou traitements identifiés au plan d'intervention) et joindre la prescription médicale.
- Si de nouveaux services sont nécessaires, mais pour une autre déficience :
 - un nouveau certificat médical précisant la nouvelle déficience est obligatoire et doit être joint à la prévision de déplacement.

ANNEXE 5 – Certificat médical

CERTIFICAT MÉDICAL

Programme régional de transport-hébergement

A. CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE AYANT UN HANDICAP OU SON REPRÉSENTANT (ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

Nom de la personne handicapée _____ Date de naissance ____/____/____ N° d'assurance maladie (facultatif): _____

Adresse complète : _____

Nom de son représentant _____ Lien de parenté avec la personne handicapée _____

Par la présente, j'accepte d'aviser le Centre de réadaptation de la Gaspésie de tout changement qui ferait en sorte que la personne handicapée, dont le nom est indiqué ci-dessus, ne répond plus aux conditions d'admissibilité.

Signature de la personne handicapée ou de son représentant _____ Date _____ Ind. rég. _____ Téléphone _____

B. CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN. (TOUTES LES PARTIES DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES)

PRÉCISIONS SUR LA DÉFICIENCE

1. Nature de la déficience (cochez la case appropriée en a) et b) obligatoirement)

a) ☐ physique ☐ mentale b) ☐ temporaire ☐ permanente

2. Date du début de la déficience : ____/____/____

3. Quel est le diagnostic médical? _____

4. Pronostic : ☐ Amélioration possible ☐ Stable ☐ Détérioration

5. Quelles sont les conditions associées? _____

6. 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 :

(Annexez une feuille si l'espace est insuffisant)

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

8. Est-ce que la personne utilise dans ses activités de la vie quotidienne un moyen pour pallier son handicap (orthèses, prothèses...)? Si oui, précisez : _____

9. Est-ce que la personne doit-être accompagnée dans ses déplacements ? Oui ☐ Non ☐

J'atteste que la personne, dont le nom est indiqué, ci-dessus 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, et les déplacements sont requis pour recevoir des services d'adaptation-réadaptation, un diagnostic ou un complément de diagnostic ou un traitement.

Nom du médecin (écrire en caractères d'imprimerie) : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____

Signature du médecin _____ Date _____ Ind. rég. _____ Téléphone _____

Retournez au :
Responsable du programme Transport/hébergement
Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4

ANNEXE 6 – Adhésion au dépôt direct

**ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT
PROGRAMME TRANSPORT-HÉBERGEMENT**

Identification du payeur

Centre de réadaptation de la Gaspésie
230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4

Nom du bénéficiaire : _____

N° de RAMQ (facultatif): _____

Autorisation de la personne responsable

Identification et adresse : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

**J'autorise, par la présente, le Centre de réadaptation de la Gaspésie
à effectuer des dépôts au compte ci-dessous.**

Signataire autorisé

Identification de votre institution financière

Nom de l'institution : _____

Adresse de l'institution : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Important :

**Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ »
pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou
d'institution financière, veuillez aviser
le Centre de réadaptation de la Gaspésie.**

ANNEXE 7 – Formulaire de réclamation



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VIVANT UN HANDICAP

Départ		Établissement	Ville	Arrivée		Accompagné		Voiture		Autres moyens de transport	Repas			Héberg. Ami-hotel	Accomp. Héberg.	Autres (stationnement)	Total
								0,295 \$/ km			Déjeuner 5,00 \$	Dîner 6,00 \$	Souper 9,00 \$				
Date	Heure			Date	Heure	Oui	Non	Km	Montant	Montant							
TOTAL DE CHAQUE COLONNE																	

Moins autres montants reçus : (Sécurité du revenu, CLSC ou autre)

Grand total: \$

Date	
------	--

N.B. : Les bénéficiaires de la sécurité du revenu doivent fournir les talons de chèque des avances et règlement final de la Sécurité du revenu pour paiement de la différence, s'il y a lieu.

Montant total accepté :		Vérfié par :					
-							
Montant reçu - Avance :							
=							
Vers em ent recom mandé:		Date du paiement:					

GUIDE POUR RÉCLAMER VOS FRAIS DE DÉPLACEMENT

POUR RÉCLAMER LES FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR LES TRANSPORTS RELIÉS À VOTRE HANDICAP

OU CELUI DE VOTRE ENFANT, IL FAUT FOURNIR LES PIÈCES SUIVANTES

- A. La preuve originale de votre visite chez le médecin ou de l'établissement fréquenté.
- B. Les reçus d'essence et de stationnement, si vous êtes obligé de vous déplacer en automobile et les reçus de stationnement pour l'hôpital.
- C. Les billets **originaux** d'autobus, de train ou de taxi.
- D. Lors d'hébergement chez des parents ou des amis, il faut fournir l'adresse et le numéro de téléphone de l'endroit. Le maximum accordé par jour accompagné ou non est de 20 \$. Si aucune ressource n'est disponible, les frais sont remboursés à 60 \$ à Québec ou à Montréal. À l'extérieur de ces deux villes, le tarif remboursé est de 50 \$. Pour les séjours d'une durée prolongée, une entente doit être prise préalablement.

- E. L'accompagnement est défrayé automatiquement pour un jeune enfant, mais pour un adulte, il doit être prescrit par votre médecin.
- F. Si vous êtes bénéficiaire de la Sécurité du revenu, vous devez fournir une copie des talons de chèque reçus comme avance et règlement final.

Si d'autres renseignements vous sont nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec la responsable du programme.

Julie Ouellet

Responsable du programme régional de transport-hébergement
des personnes vivant avec un handicap
Centre de réadaptation de la Gaspésie

230, route du Parc
Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2C4
Téléphone : 418 763-3325, poste 3222 Télécopieur : 418 763-5631
Courriel : julie.ouellet.crg@ssss.gouv.qc.ca

