

RESPONSABILITÉ DE PAIEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT DE L'USAGER

1. IMPOSSIBILITÉ D'UN RETOUR À DOMICILE AUTONOME PAR L'USAGER

Votre congé est signé. Les démarches entreprises par vous et/ou vos proches pour assurer votre retour dans les délais demandés sont infructueuses. Le tableau ci-dessous vous indique les choix qui s'offrent à vous et les coûts que vous devrez assumer.

2. CHOIX DU TYPE DE TRANSPORT PAR L'USAGER

Taxi régulier (Coût approximatif) Prise en charge : 4\$ 1.75\$ par kilomètre parcouru	Taxi adapté (Coût approximatif) (espace pour fauteuil roulant) Prise en charge : 75\$ 2\$ par kilomètre parcouru	Transporteur médical (Coût approximatif) Prise en charge : 160\$ 2\$ par kilomètre parcouru	Ambulance (Coût approximatif) Prise en charge : 125\$ 2\$ par kilomètre parcouru
<small>*Des frais additionnels peuvent s'ajouter. (Frais d'attente, aide du chauffeur, etc)</small>	<small>*Des frais additionnels peuvent s'ajouter. (Frais d'attente, aide du chauffeur, fauteuil roulant/escalier, covid suspecté ou positif)</small>	<small>*Des frais additionnels peuvent s'ajouter. (Frais d'attente, aide du chauffeur, fauteuil roulant/escalier, covid suspecté ou positif)</small>	
<u>Initiales usager:</u>	<u>Initiales usager:</u>	<u>Initiales usager:</u>	<u>Initiales usager:</u>

Les coûts pourraient varier selon les fournisseurs dédiés et la région desservie sur le territoire des Laurentides.
Des frais supplémentaires peuvent s'appliquer selon vos besoins tels que: fauteuil, oxygène, etc.

Personnel du CISSS des Laurentides ayant fourni à l'utilisateur ou son représentants l'information ci-dessus relativement au choix du transport et les frais afférant:

Renseignement fourni par : _____ Date : _____ Heure : _____
(Lettres moulées) (Année/mois/jour)

3. ENGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ DE PAIEMENT DE L'USAGER

Je reconnais avoir été informé des modalités des frais de transport et je m'engage, suite à la réception de la facture, à payer la totalité des frais reliés à mon choix au CISSS des Laurentides.

Signature de l'utilisateur ou représentant : _____

Date : _____ Lien du représentant avec l'utilisateur : _____

Acheminer le formulaire par courriel au : transport.usager.cissslau@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au : 450 431-8756