

## INSTRUCTIONS

- Les paiements du fonds de dépannage se font exclusivement par chèques et à l'ordre du bénéficiaire (à l'exception d'un enfant mineur en Sensoriel et langage où le chèque peut être libellé au nom d'un parent ou tuteur).
- Chaque demande est étudiée pour s'assurer qu'elle contribue activement au maintien ou à l'insertion sociale de l'utilisateur.
- Aucune demande n'est automatiquement assurée d'obtenir un financement. Assurez-vous de ne rien promettre à l'utilisateur et surtout veuillez ne pas avancer de financement avec votre propre argent.
- Lorsqu'une demande est acceptée par la Fondation RÉA, vous ne devez pas modifier les modalités sans en avertir la Fondation. Tout changement devra faire l'objet d'une nouvelle demande.
- Afin qu'un chèque soit émis au nom de l'utilisateur, l'intervenant doit fournir une pièce justificative (copie facture ou reçu). Les reçus entre particuliers ne sont pas admis.

## SECTION 1 – RENSEIGNEMENT SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Nom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

No. de dossier dans l'installation ou No. RAMQ : \_\_\_\_\_

Coordination :  Sensoriel et langage  Aides techniques  Neuro  Locomoteur

Précisions (ex. blessé médullaire) : \_\_\_\_\_

Montant demandé : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ \$ (maximum de 100 \$ par bénéficiaire, par année)

Autre financement :  Le bénéficiaire a contribué pour un montant de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ \$  
 La famille ou des proches du bénéficiaire ont contribué pour un montant de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ \$  
 L'organisme \_\_\_\_\_ a contribué pour un montant de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ \$  
 Aucun autre financement

Quel achat sera fait avec le montant demandé? :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Impact anticipé sur la vie/participation sociale du bénéficiaire s'il reçoit l'aide financière demandée :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## SECTION 2 – REQUÉRANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Programme/service : \_\_\_\_\_ Installation :  IRGLM  IRD  CRLB

Courriel : \_\_\_\_\_ @ssss.gouv.qc.ca

## SECTION 3 – GESTIONNAIRE DU REQUÉRANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Programme/service : \_\_\_\_\_ Installation :  IRGLM  IRD  CRLB

Courriel : \_\_\_\_\_ @ssss.gouv.qc.ca

## SECTION 4 – DÉCLARATION

Je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts, complets et répondent à un besoin réel de la clientèle en réadaptation physique.

## SECTION 5 – DÉCISION DU CCSMTL ET DE LA FONDATION RÉA

**Afin d'éviter l'impression et la numérisation du formulaire, veuillez l'acheminer à votre gestionnaire pour approbation.**

**Gestionnaire :** Si vous approuvez la demande, faire suivre le formulaire à Mme Nathalie Charbonneau en indiquant votre accord dans le courriel. En cas de refus, veuillez expliquer les motifs à votre employé.

**Directrice adjointe du continuum en DP :** Si vous approuvez la demande, faire suivre le formulaire à la Fondation RÉA en indiquant votre accord dans le courriel. En cas de refus, veuillez expliquer les motifs au gestionnaire du requérant.