**DEMANDE DE PRÉ-AUTORISATION**

**BESOINS SPÉCIAUX USAGER HÉBERGÉ EN RI-RTF**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’USAGER** | | | | | | |
| Nom : |  | | Prénom : | |  | |
| N° dossier : | | DDN : | | ÂGE : | | NAM : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE** | | |
| Nom de la ressource : | RI  RTF | Programme clientèle :  DI-DP-TSA  SAPA  SM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **TYPE DE DEMANDE** | | |
| Nouvelle demande |  | Changement de condition |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **OBJET DE LA DEMANDE** | | |
| Lunettes | Aides à la communication | Aides à la suppléance de l’audition |
| Chaussures orthopédiques | Soins dentaires | Prothèses dentaires |
| **\* soumission ou plan de traitement à joindre obligatoirement**  **\* attention, la dépense ne doit pas avoir été réalisée** | | |

|  |
| --- |
| 1. **MOTIF DE LA DEMANDE** |
| Inscrire le plus de détails possibles afin de justifier la demande. Précisez s’il s’agit d’une nouvelle prescription, d’un nouveau besoin, la condition de l’usager, la nécessité que ce besoin soit répondu ainsi que l’impact sur l’usager si le besoin n’est pas répondu. |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **AUTRE(S) AGENT(S) PAYEUR(S)** |
| **\* il est obligatoire de faire la recherche d’autres agents payeurs (assurance personnelle, solidarité sociale, IVAQ, RAMQ, CSST, SAAQ, programme AVQ-AVD pour les usagers en RTF, services autochtones, tout autre programme d’aide, organisme ou fondation) avant d’acheminer la demande.** |
| Aucune recherche n’a été effectuée |
| Une recherche a été effectuée et aucun autre agent payeur ne peut être mis à contribution |
| Un autre agent payeur peut être mis à contribution : Précisez : |
| Portion payable ($): |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **SOURCE DE REVENU L’USAGER** | |
| Usager de 65 ans et plus | Pension de vieillesse :       $ |
| Supplément de revenu garanti : Oui\*  non  \*Si oui, combien :       $ |
| Autre :       $ |
| Usager de moins de 65 ans | Bénéficiaire de l’aide sociale :      $ |
| Détails des revenus mensuels :       $ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **COORDONNÉES DE L’INTERVENANT AU SUIVI DE L’USAGER** | | | |
| Nom : | Prénom : | | Téléphone : |
| Courriel :   09cisss@ssss.gouv.qc.ca | | Date : | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ DOIT ÊTRE RETOURNÉ À L’ADRESSE SUIVANTE :**  [ri-rtf.cote-nord.09cisss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ri-rtf.cote-nord.09cisss@ssss.gouv.qc.ca) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ** | | | | |
| Acceptée | Acceptée en partie | | En suspens | Demande refusée |
| Précisions: | | | | |
| Montant payable par l’établissement :       $ | | Montant à payer par l’usager :       $ | | |
| Approbateur : | | Date : | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNE FOIS LA SECTION I DÛMENT REMPLIE**  **RETOURNER LE FORMULAIRE À L’INTERVENANT AU SUIVI DE L’USAGER** |