|  |  |
| --- | --- |
| Logo CISSS LAU |  |
|  | Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique |

**PROGRAMME DES AIDES MATÉRIELLES**

**VOLET TRANSPORT-HÉBERGEMENT**

DEMANDE D’INSCRIPTION

**1. Identification de l’usager**

Numéro d’assurance-maladie :  Date de naissance : 

Nom à la naissance :  Prénom :  Sexe : 

Adresse :  Ville : 

Code postal :  Téléphone  : 

**2. Identification du répondant de l’usager** (si enfant de moins de 18 ans)

Nom :  Prénom : 

Lien avec la personne : Père [ ]  Mère [ ]  Autre [ ]  précisez : 

Adresse (si différente) :  Tél. : 

**3. Identification du diagnostic**

Nom correspondant au diagnostic : 

Acquise à la naissance [ ]  Due à une maladie [ ]  Type  date : 

Causée par un accident de travail [ ]  ou de la route [ ]  date : 

Autre [ ]  précisez :  date : 

**4. Identification de la source de vos revenus**

(S’il s’agit d’un enfant de moins de 18 ans, mentionnez la source des revenus du répondant)

Emploi [ ]  Nom de l’employeur : 

Sécurité du revenu [ ]  Prestations d’invalidité [ ]  Prestations d’assurances personnelles [ ]

Pension de la vieillesse ou régime des rentes du Québec [ ]  Autre [ ]  précisez : 

* Je déclare que les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité.

Je m’engage à aviser sans délai le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides de tout changement dans ma situation physique ou financière qui rendrait inexacts les renseignements que j’ai fournis pour l’étude de ma demande.

 Date : 

Signature de la personne ou de son répondant j m a

*Veuillez joindre à cette demande le Plan d’intervention ainsi qu’une attestation médicale du diagnostic*

Programme Transport-Hébergement

Direction des programmes en déficiences et de la réadaptation physique

Madame Véronique Labelle

Courriel : Transport.Hebergement.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

500, boulevard des Laurentides, suite 1450, Saint-Jérôme, Québec, J7Z 4M2

Tél. : 450 432-2777 / 1 866 963-2777, poste 70807