Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière
Québec

Programme Transport hébergement Lanaudière

RENOUVELLEMENT DES SERVICES REQUIS 2023-2024

Personne dialysée

1er avril 2023 au 31 mars 2024

Partie 1 à 6 : À remplir par la personne dialysée ou son répondant

1. Identification de la personne dialysée

Nom de famille	Prénom	Date de naissance

Adresse (numéro, appartement, rue)

Ville	Code postal	Téléphone

Courriel :

Méthode d'envoi des documents privilégiée :

☐ Courriel ☐ Poste

2. Répondant

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté

Téléphone	Adresse (seulement si différent de la personne ayant une déficience permanente)

3. Source de revenus

☐ Emploi rémunéré Nom de l'employeur : _____

☐ Aide sociale Numéro de dossier : _____

☐ CSST Numéro de dossier : _____

☐ SAAQ Numéro de dossier : _____

☐ Pension de vieillesse

☐ Supplément de revenu

☐ RRQ

☐ Autre(s), précisez : _____

4. Mode de paiement

☐ Dépôt direct*** Courriel (obligatoire) : _____

****Vous devez joindre un chèque avec la mention « Annulé »*

Programme transport hébergement Lanaudière
Service logistique transport RC-C-29
1000, boul. Sainte-Anne
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2
Tél. : 1 888 759-4033 / Téléc. : 450 756-4951
Courriel : transport.hebergement.csssnl@ssss.gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière
Québec

Programme Transport hébergement Lanaudière

RENOUVELLEMENT D'AIDE FINANCIÈRE

Personne dialysée

1er avril 2023 au 31 mars 2024

5. Mode de transport

☐ Véhicule personnel ☐ Centre d'action bénévole ☐ Besoin d'un transporteur

Est-ce que vous devez vous déplacer en fauteuil roulant ? ☐ OUI ☐ NON

Vous devez obligatoirement faire une demande au transport adapté de votre région si un changement à votre état de santé est survenu durant la dernière année ou que votre horaire de dialyse a été modifié.

6. Services requis

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____
Numéro civique Rue Ville Code postal

Indiquer les services que la personne recevra à cet établissement : _____

Horaire de dialyse

☐ Lundi-mercredi-vendredi Heure : _____

☐ Mardi-jeudi-samedi Heure : _____

Je déclare que les renseignements fournis aux blocs 1 à 6 sont complets et véridiques. Je m'engage à aviser dans les plus brefs délais le personnel du Programme Transport hébergement Lanaudière de tout changement qui rendrait inexacts les renseignements fournis ci-dessus.

Signature de la personne dialysée ou son répondant : _____

Date : _____

https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/documentation/depliants-clientele/

Programme transport hébergement Lanaudière
Service logistique transport RC-C-29
1000, boul. Sainte-Anne
Saint-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2
Tél. : 1 888 759-4033 / Téléc. : 450 756-4951
Courriel : transport.hebergement.csssnl@ssss.gouv.qc.ca