

**CREMIS**

Centre de recherche de Montréal  
sur les inégalités sociales,  
les discriminations et  
les pratiques alternatives  
de citoyenneté

---

Formation sur l'aide sociale, ses  
formulaire et au-delà... le rôle  
des médecins

---

## **Cahier du participant**

---

Février 2021

---

## Table des matières

Déroulement de la formation.....	2
Section 1 : Interludes réflexifs en lien avec la capsule de formation « L'aide sociale, ses formulaire et le rôle du médecin » .....	3
Section 2 : Synthèses et documents de soutien.....	7
AIDE-MÉMOIRE .....	7
PENSE-BÊTE FORMULAIRE SR-2100.....	9
FORMULAIRE SR-2100 .....	13
FORMULAIRE SR-0040 .....	15
LISTE DE RESSOURCES .....	16

## Déroulement de la formation

**Module 1** : Formation sur l'aide sociale, ses formulaires et le rôle des médecins

- Visionner la capsule de formation « L'aide sociale, ses formulaires et le rôle du médecin » (dossier web) et répondre aux questions du cahier du participant qui y sont associées en cours de visionnement (p.4)
- Répondre au [quiz](#) (dossier web)
- Visionner la capsule de formation « Les formulaires médicaux de l'aide financière de dernier recours »

**Pause (15 min)**

**Module 2** : Atelier réflexif sur l'évaluation des contraintes sévères à l'emploi

- Se connecter à la plate-forme Zoom pour la discussion de cas (lien courriel)





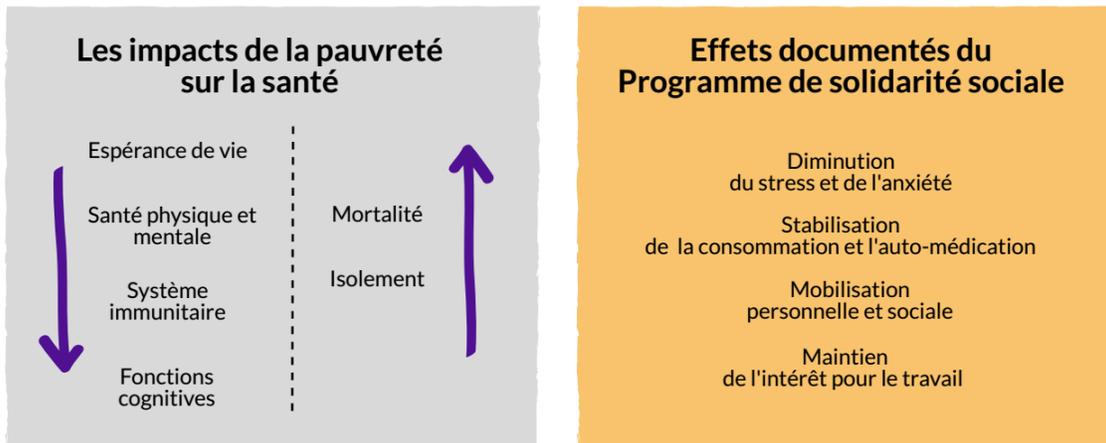




## Section 2 : Synthèses et documents de soutien

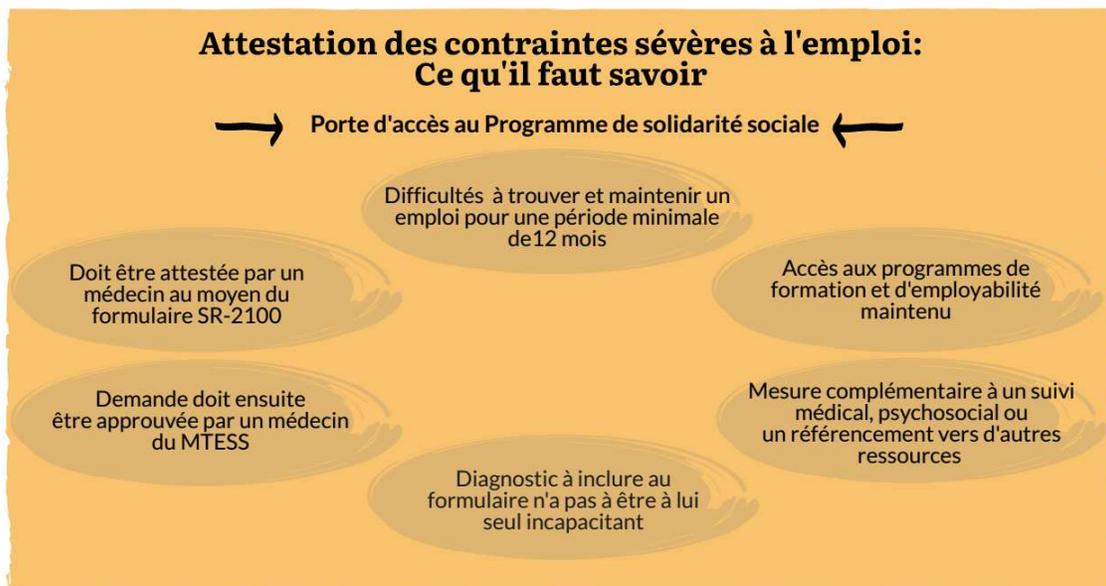
### AIDE-MÉMOIRE

#### Formation sur l'aide sociale, ses formulaires et le rôle du médecin



Rôle du médecin

*Les interventions pour augmenter le revenu disponible de nos patients constituent un des leviers à notre disposition pour exercer notre rôle social et promouvoir directement leur santé.*



# Processus d'évaluation des contraintes à l'emploi

*Quelques rappels...*

## Tenir compte des effets potentiels de l'attestation des contraintes sévères sur:

*Par exemple...*

- ✓ Santé physique et mentale
- ✓ Conditions de vie
- ✓ Estime de soi
- ✓ Mobilisation sociale
- ✓ Comportements délétères ou activités criminelles de subsistance

## Adopter une approche compréhensive et discuter ouvertement avec le patient

*Par exemple...*

- ✓ Favoriser un climat de confiance et d'ouverture
- ✓ Partager les craintes du patient et du médecin par rapport aux impacts du programme
- ✓ Aborder les idées reçues sur le programme
- ✓ Discuter de l'impact de la réception du diagnostic

## Recourir au soutien/expertise d'autres intervenant.e.s lorsque la situation déborde du cadre médical et le permet

*Par exemple...*

- ✓ Travailleur.se social
- ✓ Ergothérapeute
- ✓ Infirmier.ère praticien.ne
- ✓ Associations de défense des droits sociaux
- ✓ Regroupements de sans-emploi ou d'actions-chômage

## Être réflexif quant à ses propres valeurs, ses biais et ses a priori

*Par exemple...*

- ✓ Valeurs personnelles (ex: rôle du médecin quant aux inégalités sociales)
- ✓ Valeurs et éthiques professionnelles (ex: s'assurer de « ne pas nuire »)
- ✓ Valeurs culturelles (ex: valeur accordée au travail)

# PENSE-BÊTE FORMULAIRE SR-2100

Le formulaire SR-2100 permet d'attester de contraintes sévères à l'emploi pour une personne bénéficiaire de l'aide sociale. C'est via ce formulaire que le patient peut avoir accès au Programme de solidarité sociale du Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité sociale (MTESS).

Remplir et signer le formulaire SR-2100 constitue un acte médical ne pouvant pas être facturé au patient (code de facturation 9800, 20\$).

## POUR RAPPEL

### Les contraintes sévères à l'emploi :

- Attestent de difficultés à trouver et maintenir un emploi pour une période minimale de 12 mois, et non pas d'une invalidité ou d'une inaptitude;
- Doivent être attestées par un médecin par le biais du formulaire SR-2100, même si c'est un médecin du MTESS qui prend la décision finale de donner accès ou non au Programme de solidarité sociale;
- N'ont pas à être obligatoirement attestées par un seul diagnostic incapacitant.

## REEMPLIR LE FORMULAIRE SR-2100

Section *Condition actuelle du patient* :

The screenshot shows the 'Condition actuelle du patient' section of the SR-2100 form. It includes a field for 'Diagnostic principal' with a note '(en cas de multiples diagnostics)'. Below this is a 'Date de début' field with a calendar icon. The 'Limitations fonctionnelles' section has three radio button options: 'Aucune', 'Temporaires', and 'Permanentées ou prolongées (au moins 12 mois)'. To the right of these options are instructions: 'Complétez la partie A seulement' and 'Complétez les parties A et B'.

1. Diagnostic principal : on peut inscrire plusieurs diagnostics dans cette case. Pour rappel, le diagnostic n'a pas à faire partie de la liste des [diagnostics évidents](#) du MTESS.
2. Date de début : il est important de **spécifier la date de début de la condition**, et non pas du suivimédical. En cas de manque d'information, une date approximative peut être inscrite (ex: « années 1990 »). *Un organisme de défense des droits avec lequel nous collaborons nous a précisé qu'aucun médecin n'a jamais été sanctionné pour s'être trompé sur cette date, mais une date trop récente peut en revanche pénaliser le patient.*
3. Limitations fonctionnelles : **cocher « Permanentées ou prolongées »**, faute de quoi la demande d'accès au Programme de solidarité sociale sera automatiquement refusée.

## Section A :

Veuillez indiquer les troubles et les limitations fonctionnelles qui subsistent actuellement. Utilisez, au besoin, les codes au verso.

Codes par ordre d'importance: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Important :** Le diagnostic posé et les limitations qui en découlent permettent-ils quand même à cette personne de développer actuellement ses habiletés de travail? Avant de répondre à cette question, veuillez consulter les explications au verso.

Oui  Non

Pour quelle durée? [ ]

1. Codes : il est possible de mettre plus de 5 codes. À noter que les codes 21 à 23 (et l'ensemble des conditions « légères ») ne sont pas suffisants à eux seuls pour faire accepter des contraintes sévères. À noter que les codes peuvent être interprétés largement : par exemple, les *Troubles de la mémoire (82)* peuvent faire référence à une difficulté à se souvenir des directives reçues au travail.
2. *Le diagnostic posé et les limitations qui en découlent permettent-ils quand même à cette personne de développer actuellement ses habiletés de travail?* **Cocher « non » et inscrire une durée**, faute de quoi la demande d'accès au Programme de solidarité sociale sera automatiquement refusée.
  - a. La question est interprétée par le Ministère comme « cette personne peut-elle être en formation à temps plein en vue de travailler? ».
  - b. À noter que la réponse à cette question n'influencera pas les possibilités d'une personne d'avoir accès à des programmes de formation ou d'emploi.
3. *Pour quelle durée?* : ne pas inscrire une durée inférieure à 12 mois, faute de quoi la demande d'accès au Programme de solidarité sociale sera automatiquement refusée. Il est possible d'inscrire « indéterminé » en cas de pronostic incertain, ou « permanent » le cas échéant. On parle ici d'une durée réaliste, sachant qu'il est toujours possible qu'une rémission soit plus rapide que prévu (ni le patient ni le médecin ne seront sanctionnés en cas de rémission en deçà de 12 mois).

## Section B :

**B** Autres diagnostics, s'il y a lieu

Gravité de l'état :  léger  modéré  sévère Poids : [ ] Taille : [ ] En cas d'hypertension : T, A. : [ ]

Stade d'évolution :  aigu  chronique  stable  en convalescence  rémission

Pronostic :  bon  irréversible  autre, précisez : [ ]

Antécédents personnels pertinents, Méta(e) ou problème(s) [ ] S.O.

Rapports pertinents d'exams ou de consultations, ex. : laboratoires, radiologie (fournissez une copie.) [ ] S.O.

Traitement en cours ou envisagé, Médication [ ] S.O.

Autres traitements (chirurgie, chimiothérapie, physiothérapie, psychothérapie, etc.) [ ] S.O.

En cas de traumatisme ou de chirurgie, date de l'événement [ ] [ ] [ ]

1. *Gravité de l'état* : **cocher modéré ou sévère**, faute de quoi la demande d'accès au Programme de solidarité sociale sera automatiquement refusée. On fait ici référence à la gravité de l'état de la personne *dans son ensemble*, et non pas en lien avec les diagnostics secondaires.
2. *Pronostic* : il est possible d'indiquer « incertain ».

3. Afin de faciliter l'accès au Programme de solidarité sociale, il est pertinent de **fournir toutes les informations nécessaires à l'évaluation** : les diagnostics secondaires, le pronostic, les traitements, les antécédents personnels et les facteurs psychosociaux pouvant entraver la capacité à l'emploi. Ces informations sont cruciales en cas d'évaluation approfondie par le ministère.
- Antécédents* : indiquer toute information pertinente, incluant deuil, dépendance, hospitalisations récurrentes ou importantes, violence conjugale ou sexuelle, accident de la route, traumatisme, etc.
  - Traitement* : indiquer seulement les traitements prévus ou en cours. Le ministère ne veut pas ici confirmer si toutes les avenues potentielles ont été investiguées, mais plutôt savoir s'il y a une rémission potentielle à la suite de ces traitements. À savoir : si vous indiquez un traitement ou des tests à venir, le ministère peut choisir de suspendre sa décision en attendant les résultats.
  - Autres traitements* : important d'indiquer tous les autres professionnels autour de la personne afin de mettre en valeur la complexité de la situation et le besoin de coordonner l'ensemble des suivis.

Section *Besoins à caractère médical* :

**Besoins à caractère médical**

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander que le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale lui accorde une prestation spéciale pour satisfaire certains besoins à caractère médical ayant pour but de préserver sa santé. Veuillez indiquer ci-dessous, à l'aide de la liste fournie au verso, le ou les codes correspondant aux besoins à satisfaire.

Aucun besoin à caractère médical à satisfaire  Code  Code  Code  Code  Autre  Préciser:

Les réponses indiquées dans cette section n'influenceront pas l'accès au Programme de solidarité sociale, ni à des suppléments liés à des besoins à caractère médical. Pour donner accès à ces suppléments (prothèses, médicaments, transports), il est plutôt recommandé de remplir un autre certificat médical, le SR-0040.

Section *Commentaires supplémentaires* :

**Commentaires supplémentaires** (Si l'espace est insuffisant, veuillez annexer une note.)

Note annexée  Oui  Non

Il est possible (et souhaitable) d'annexer au formulaire une note complémentaire pour ajouter tous les détails justifiant les contraintes à l'emploi qui ne rentreraient pas dans les cases. Cocher « Note annexée » le cas échéant.

Section *Identification et signature du médecin* :

Identification et signature du médecin	
Nom de famille et prénom (en caractères d'impression)	
Adresse	
Numéro de permis d'exercice	
Numéro du téléphone	
	Inst. rég.    Numéro
	cabinet ▶
	hôpital ▶
	téléavertisseur ▶
	télécopieur ▶
Considérez-vous important que le médecin du Ministère communique avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Êtes-vous le médecin traitant de ce patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, depuis quand?    Année    Mois
Spécialité	Date
Signature du médecin	

1. **Signer** le formulaire, faute de quoi l'accès au programme sera refusé.
2. **Dater** le formulaire, faute de quoi l'accès au programme peut être refusé et les demandes de rétroactions impossibles.
3. Cocher « Oui » à la question *Considérez-vous important que le médecin du Ministère communique avec vous?* peut vous donner l'occasion de défendre de vive voix l'accès au Programme de solidarité sociale dans des cas complexes. À noter que le médecin du Ministère ne communiquera pas nécessairement avec vous. **Consentement du patient requis.** Code de facturation pour un appel avec le MTESS : 9801 (20\$).
4. *Êtes-vous le médecin traitant de ce patient?* Cocher « Oui » si vous effectuez un suivi avec ce patient (pas nécessairement en tant que médecin de famille).

# FORMULAIRE SR-2100



## Rapport médical

## AVIS IMPORTANT

Ce rapport doit être retourné au centre local d'emploi ou à un bureau de Services Québec dans les plus brefs délais.

**Utilisez un stylo à bille et APPUYEZ FORTEMENT.**

**Note importante au médecin traitant :** La personne qui vous remet le présent formulaire considère qu'elle présente des limitations fonctionnelles soit temporaires, soit permanentes. Le traitement équitable de son dossier dépend de la qualité de l'information que vous y inscrivez. Pour obtenir plus d'explications sur le présent formulaire, veuillez communiquer avec le Service de l'évaluation médicale et socioprofessionnelle du Ministère en composant le : 418 644-1075 ou le 1 800 355-6557. Une traduction de courtoisie est offerte en ligne à l'adresse [www.mless.gouv.qc.ca](http://www.mless.gouv.qc.ca).

Note - La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Centre local d'emploi ou bureau de Services Québec

Numéro de dossier au Ministère

Secteur

Identification et autorisation du patient		Identification and authorization of patient	
Nom de famille et prénom		Numéro d'assurance-maladie	
<p>Par la présente, j'autorise le médecin à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale toute information concernant mon état de santé physique ou mental actuel ou antérieur.</p>		<p>I hereby authorize the physician to give to the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale any information regarding my current or past state of physical or mental health.</p>	
Date	Signature du patient	Date	Signature of patient
Année Mois Jour		Year Month Day	

**Condition actuelle du patient**

Diagnostic principal (en caractères d'imprimerie)

Date de début

Limitations fonctionnelles :  Aucune  Temporaires  Permanentes ou prolongées (au moins 12 mois)

Complétez la partie A seulement / Complétez les parties A et B

**A** Veuillez indiquer les troubles et les limitations fonctionnelles qui subsistent actuellement. Utilisez, au besoin, les codes au verso.

Codes par ordre d'importance

Important : Le diagnostic posé et les limitations qui en découlent permettent-ils quand même à cette personne de développer actuellement ses habiletés de travail? Avant de répondre à cette question, veuillez consulter les explications au verso.

Si restriction, précisez :  Oui  Non Pour quelle durée? mois

**B** Autres diagnostics, s'il y a lieu

Gravité de l'état :  léger  modéré  sévère Poids : Taille : En cas d'hypertension : T. A. :

Stade d'évolution :  aigu  chronique  stable  en convalescence  rémission

Pronostic :  bon  irréversible  autre, précisez :

Antécédents personnels pertinents. Maladie(s) ou problème(s) S.O.

Rapports pertinents d'exams ou de consultations, ex : laboratoire, radiologie (fournissez une copie) S.O.

Traitement en cours ou envisagé. Médication S.O.

Autres traitements (chirurgie, chimiothérapie, physiothérapie, psychothérapie, etc.) S.O.

En cas de traumatisme ou de chirurgie, date de l'évènement

**Besoins à caractère médical**

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander que le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale lui accorde une prestation spéciale pour satisfaire certains besoins à caractère médical ayant pour but de préserver sa santé.

Veuillez indiquer ci-dessous, à l'aide de la liste fournie au verso, le ou les codes correspondant aux besoins à satisfaire.

Aucun besoin à caractère médical à satisfaire  Code Code Code Code Autre, précisez :

**Commentaires supplémentaires** (Si l'espace est insuffisant, veuillez annexer une note.) Note annexée  Oui  Non

**Identification et signature du médecin**

Nom de famille et prénom (en caractères d'imprimerie) Numéro du permis d'exercice

Adresse Numéros de téléphone

Ind. rég. Numéros

cabinet

hôpital

téléavertisseur

télécopieur

Considérez-vous important que le médecin du Ministère communique avec vous?  Oui  Non Êtes-vous le médecin traitant de ce patient?  Oui  Non Si oui, depuis quand? Année Mois

Spécialité Date Signature du médecin

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-2100 (06-2018)

## TROUBLES ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

<p><i>Code</i></p> <p><b>Mobilité</b></p> <p>11.... A besoin d'une aide pour sortir</p> <p>12.... Ne peut marcher</p> <p>13.... Se déplace en fauteuil roulant</p> <p>14.... Ne peut monter un escalier</p> <p>15.... Ne peut utiliser le transport en commun</p> <p>16.... N'a pas d'endurance à la marche</p> <p>17.... A des problèmes de coordination</p> <p>18.... A des problèmes d'équilibre</p> <p><b>Tolérance à l'effort</b></p> <p>21.... Ne peut forcer</p> <p>22.... N'a pas de tolérance à l'effort</p> <p>23.... Ne peut soulever d'objets lourds</p> <p><b>Activités reliées à la vie quotidienne</b></p> <p>31.... Ne peut manger seul</p> <p>32.... Ne peut se vêtir seul</p> <p>33.... Ne peut se laver seul</p> <p>34.... Ne peut demeurer seul</p> <p>35.... Ne peut administrer ses biens</p> <p>36.... Ne peut utiliser ses mains de façon prolongée</p> <p>37.... Ne peut utiliser ses pieds de façon prolongée</p> <p><b>Capacité de communication</b></p> <p>41.... A des troubles visuels non corrigibles</p> <p>42.... A des troubles auditifs non corrigibles</p> <p>43.... A des troubles de la parole</p>	<p><b>Élimination</b></p> <p>51.... Incontinence urinaire</p> <p>52.... Incontinence intestinale</p> <p><b>Comportement</b></p> <p>61.... Agressivité</p> <p>62.... Violence</p> <p>63.... Isolement</p> <p><b>Fonctions mentales affectives</b></p> <p>71.... Limitations fonctionnelles légères liées à la dépression</p> <p>72.... Limitations fonctionnelles sévères liées à la dépression</p> <p>73.... Limitations fonctionnelles légères liées à l'anxiété</p> <p>74.... Limitations fonctionnelles sévères liées à l'anxiété</p> <p>75.... Ne peut contrôler ses émotions</p> <p>76.... Indifférence</p> <p><b>Fonctions mentales cognitives</b></p> <p>81.... Troubles de l'orientation</p> <p>82.... Troubles de la mémoire</p> <p>83.... Troubles de la concentration</p> <p>84.... Troubles de la compréhension</p> <p>85.... Hallucinations</p> <p>86.... Délire</p>
--	---

## EXPLICATIONS SUR LA QUESTION DE LA PARTIE A

**Pour lui permettre de développer ses habiletés de travail, des mesures et des services d'aide à l'emploi sont offerts au prestataire. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes, selon la situation du prestataire. Par exemple :**

- **Alphabétisation** : développement des compétences liées à la lecture, à l'écriture, à l'arithmétique : généralement au moins 25 heures par semaine d'enseignement, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- **Formation générale ou professionnelle au secondaire** : 30 heures par semaine d'enseignement, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- **Formation technique** : 25 séances d'enseignement de 50 minutes chacune, plus le temps requis pour les travaux et l'étude.
- **Projet de préparation à l'emploi** : mise en œuvre de plans d'intervention favorisant le développement de compétences personnelles liées à l'insertion socioprofessionnelle : un minimum de 20 heures par semaine de présence.
- **Services d'aide à l'emploi** : détermination des besoins en matière d'emploi, recherche d'emploi et placement (orientation, accompagnement, méthode de recherche d'emploi, préparation de CV, etc.) : quelques heures par semaine pendant une ou plusieurs semaines selon le service.

## BESOINS À CARACTÈRE MÉDICAL

<p>A Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires (Précisez le type de chaussures ou de correctifs nécessaires.)</p> <p>B Prothèses, orthèses ou accessoires (divers) (Précisez le type, la quantité nécessaire et la durée, s'il y a lieu.)</p> <p>C Besoins inhérents à une urostomie, iléostomie ou colostomie temporaire</p> <p>D Diète pour diabète</p> <p>E Installation à domicile d'un appareil d'hémodialyse</p> <p>F Hémodialyse</p> <p>G Oxygène (Précisez la durée.)</p> <p>H Déménagement pour des raisons de santé (Précisez la raison médicale du déménagement.)</p>	<p>I Transport pour suivre des traitements médicaux ou dentaires (Précisez la raison médicale et la fréquence.)</p> <p>J Besoin d'un service de garde pour un ou des enfants afin de permettre la participation du conjoint de votre patient à une mesure d'aide à l'emploi offerte par Emploi-Québec. Précisez la raison médicale de l'incapacité à assurer la garde de ses enfants.</p> <p>K Recours à une escorte lors d'un transport médical</p> <p>L Transport pour participer à des activités à des fins thérapeutiques (Précisez la raison médicale, l'activité, l'endroit et la fréquence.)</p> <p>M Hébergement dans un centre offrant des services en toxicomanie</p>
--	---

# FORMULAIRE SR-0040

L'AGENTE OU L'AGENT DOIT CONSERVER L'ORIGINAL DANS LE DOSSIER DU MINISTÈRE ET REMETTRE UNE PHOTOCOPIE AU DEMANDEUR.

Travail, Emploi  
et Solidarité sociale

Québec  Certificat médical

Numéro de dossier (CP-12)

## Note

Le **CERTIFICAT MÉDICAL** (SR-0040) concernant les prestataires permet :

- au **médecin** ou à la **sage-femme** d'attester un **état de grossesse** et confirmer la nécessité des transports médicaux liés au suivi prénatal et postnatal.
- au **médecin** ou au **dentiste** de faire une demande de prestations spéciales à caractère médical.

Afin de permettre une analyse éclairée du certificat médical, il est important de remplir intégralement le formulaire et de donner des réponses précises et complètes. Dans le cas où une question n'est pas pertinente à la situation du patient, veuillez éviter de la laisser en blanc et y inscrire plutôt un trait ou S. O. (sans objet). Merci de votre collaboration.

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

## Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU PRESTATAIRE

Nom de famille et prénom

Numéro d'assurance maladie

## Section 2 – AUTORISATION DU PRESTATAIRE

Par la présente, j'autorise le médecin, la sage-femme ou le dentiste à fournir au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale tout renseignement concernant mon état de santé physique ou mental actuel ou antérieur.

Année Mois Jour

Date

Signature du prestataire

## Section 2 - AUTHORIZATION OF THE RECIPIENT

I hereby authorize the physician, midwife or dentist to provide the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale with any information regarding my current or past state of physical or mental health.

Year Month Day

Date

Signature of the recipient

## Section 3 – GROSSESSE (Remplir cette section.)

Nombre actuel de semaines :

Date prévue de l'accouchement :

Remarques :

## Section 4 – BESOINS À CARACTÈRE MÉDICAL

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander au Ministère de lui accorder une prestation spéciale pour satisfaire certains besoins à caractère médical dans le but de préserver sa santé. Dans ce contexte, veuillez identifier le ou les besoins qu'il est nécessaire de satisfaire et cocher la ou les cases correspondantes :

### Aucun besoin à caractère médical à satisfaire

- Préparations lactées à base de protéine de soja ou sans lactose (enfant âgé de 9 à 12 mois)
- Diète pour diabète
- Oxygène (précisez la durée)
- Déménagement pour des raisons de santé (précisez la raison médicale du déménagement)

Prothèses, orthèses ou accessoires divers (précisez le type, la quantité nécessaire et la durée, s'il y a lieu)

- Installation à domicile d'un appareil d'hémodialyse
- Hémodialyse
- Chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires (précisez le type de chaussures ou de correctifs nécessaires)
- Autres besoins à caractère médical (précisez le besoin)

Précisez le diagnostic, la raison médicale, le traitement, le type, la nature, la durée, la fréquence, etc.

## Section 5 – TRANSPORTS MÉDICAUX

En vertu de la loi et du règlement, un prestataire peut demander au Ministère de lui accorder une prestation spéciale pour payer le coût de transport médicaux. Dans ce contexte, veuillez répondre à chacune des questions suivantes.

– Besoin de transport pour un suivi ou pour un traitement médical ou dentaire.

Oui  Non Précisez la raison médicale, la fréquence, la durée, etc. :

– Besoin de transport pour participer à des activités à des fins thérapeutiques.

Oui  Non **Si oui**, précisez ci-dessous le diagnostic, la raison médicale, l'activité, l'endroit, la fréquence, etc. Recommandé pour une période de  mois.

– En raison de son état de santé, cette personne peut-elle utiliser son véhicule personnel ou le transport en commun?

Oui  Non **Si non**, précisez la raison et le moyen de transport requis :

– Recours à un accompagnateur lors d'un transport médical.

Oui  Non Précisez :

## Section 6 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ ET SIGNATURE DU MÉDECIN, DE LA SAGE-FEMME OU DU DENTISTE

Nom de famille et prénom  
(en caractères d'imprimerie)

Numéro de permis d'exercice

Téléphones

Cabinet

Hôpital

Téléavertisseur

Date

Année-Mois-Jour

Signature

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

SR-0040 (10-2018)

## LISTE DE RESSOURCES

- Dossier web « **Programme de solidarité sociale: constats et pistes de réflexion pour un accès plus équitable** »: [www.cremis.ca/contrainte](http://www.cremis.ca/contrainte)
  - Une brochure à l'intention des médecins;
  - Une brochure pour les professionnel.le.s;
  - Une brochure informative sur le processus d'accès au Programme de solidarité sociale;
  - Synthèse des résultats de recherche.
- Groupe de défense des droits sociaux
- Comités de personnes assistées sociales
- Aide juridique en cas de demande de révision
- Travailleurs sociaux du réseau de la santé