|  |
| --- |
| **Formulaire de remboursement ARIQH****Frais de formation portant sur les activités de soins confiées à des aides-soignants**  |
| **(Formation autorisé par le comité local de formation continue)** |
| **Consignes** |
| \* Prenez note que si des informations obligatoires sont manquantes, le formulaire vous sera retourné. **Prendre note des consignes au verso.** |
| **Identification** |
| **Nom complet de la ressource :** |  |
| **Formation et frais de déplacement et de remplacement** |
| **Titre de la formation :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la formation** |  |
| **Année** | **Mois** | **Jour** | **Nom de l'employé formé** | **Adresse de départ** | **Adresse d’arrivée** | **Heures de formation**  | **Taux horaire de l'employé**  | **Distance totale (km)** | **Stationnement**  | **Repas(montant $)** | **Coût de la formation(montant $)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signature du responsable de la ressource** : |  | **Date :** |  |

**Demande de remboursement pour formation
(Formation autorisé par le comité local de formation continue)**

S’assurer que la formation est autorisée par votre Association.

Remplir un formulaire par réclamation, les informations suivantes sont obligatoires:

* Nom des participants ou de la ressource
* Nom du formateur
* Adresse de formation
* Date de formation
* Durée de la formation
* Pièces justificatives qui indiquent le taux horaire

*Le remboursement est un taux horaire payé par la ressource (avec plafond de 25.63$ de l’heure).*

*La ressource ne doit pas ajouter la prime MAES, car elle doit la réclamer séparément dans le formulaire habituel.*

*Les frais de kilométrage, de séjour et de stationnement pour la portion présentielle sont remboursés selon la Directive sur les frais remboursables lors d’un déplacement et autre frais inhérents.*

***Joindre au présent formulaire, les pièces justificatives originales pour obtenir le remboursement demandé***.

Transmettre la demande à l'équipe de la gestion contractuelle à l'adresse suivante:

Clientèle jeunesse; contratsri-rtf-cje.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Clientèle adulte: contratsrirtfrni.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca