

Demande de remboursement des dépenses

PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE STAGE CLINIQUE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale : _____
 Titre: D^r M. Mme Adresse électronique : _____
 Téléphone : _____ Télécopieur : _____

ADRESSE POSTALE

Adresse, ligne 1 : _____ Adresse, ligne 2 : _____
 Ville/Province : _____ Code postal : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Faculté de médecine : _____ Campus : _____
 Matricule de l'étudiant(e) : _____ Année prévue d'obtention du diplôme : _____ Année d'études en cours : 2^e année ^{McMaster seulement}
 3^e année
 4^e année
 Avancé/Prolongé

RENSEIGNEMENTS SUR LE STAGE CLINIQUE

Période du stage – Du : _____ Au : _____
 Nom du centre universitaire des sciences de la santé : _____ Adresse : _____
 Spécialisation : _____

DÉPENSES : (Veuillez consulter les lignes directrices du programme). Le transport durant le stage N'EST PAS included.	Date (s)	Montant (\$)	
Véhicule personnel : Tarif au kilomètre (0,40 \$/km) Jusqu'au centre universitaire des sciences de la santé seulement	JJ/MM/AA	KM	
Véhicule personnel : Tarif au kilomètre (0,40 \$/km) Jusqu'à l'établissement d'enseignement d'attache seulement		KM	
Voiture de location : Jusqu'au centre universitaire des sciences de la santé seulement			
Voiture de location : Jusqu'à l'établissement d'enseignement d'attache seulement			
Essence (voiture de location seulement) : Jusqu'au centre universitaire des sciences de la santé seulement			
Essence (voiture de location seulement) : Jusqu'à l'établissement d'enseignement d'attache seulement			
Taxi (max. 10 % de pourboire)			
Frais de transport (avion/autocar/train) Veuillez joindre à votre demande toutes les pages de vos reçus détaillés. Précisez également les raisons de toute demande de remboursement de frais de modification			
Hébergement			
DÉPENSES TOTALES Max. 1 500 \$, taxes comprises			

Demande de remboursement des dépenses

PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE STAGE CLINIQUE

REMARQUES

- J'ai joint les documents officiels attestant que j'ai complété mon stage (évaluation de stage ou lettre du bureau des études de médecine de premier cycle).
- J'ai annexé le formulaire comprenant mon numéro d'assurance sociale.
- Tous les reçus détaillés originaux sont fournis. *Veillez faire une photocopie de votre formulaire de dépenses dûment rempli ainsi que des reçus à l'appui de votre demande, et les conserver dans vos dossiers. À noter que l'APR PSO se réserve le droit d'obtenir de plus amples détails auprès des vendeurs appropriés, selon le besoin. Les reçus ne seront pas retournés.*
- Je consens au partage de ces renseignements avec d'autres programmes de l'APR PSO visant à faciliter la transition vers un programme de résidence et l'exercice autonome de la profession. Les responsables de ces programmes peuvent communiquer avec moi afin de discuter des différents programmes existants ainsi que des perspectives de carrière en Ontario.

En apposant ma signature ci-dessous (**N'écrire qu'au stylo. Les signatures numériques ne sont pas permises**) :

- J'atteste que les dépenses réclamées ont été engagées par moi-même pendant la période précisée ci-dessus.
- Je reconnais qu'il incombe à l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario, à son entière discrétion, d'établir si la demande et les documents à l'appui sont conformes aux paramètres du programme et s'ils seront acceptés par le PRFVSC; et
- Je confirme que je n'ai reçu aucune autre indemnité de déplacement ou d'hébergement par le biais d'aucun autre programme.

Cette section ne doit être remplie qu'au stylo. Les signatures numériques ne sont pas permises.

Nom du/de la requérant(e) : _____ Signature : _____ Date : _____

Le Programme de remboursement des frais de stage clinique (PRFSC) est administré par l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (APR PSO) grâce à des fonds octroyés par le gouvernement de l'Ontario. Il incombe entièrement à l'Agence d'établir si la demande et les documents à l'appui sont conformes aux paramètres du programme et s'ils seront acceptés par le PRFVSC.

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE AU TITRE DU PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE STAGE CLINIQUE

Avant de remplir le formulaire, consultez les lignes directrices du programme et/ou votre lettre d'autorisation afin de connaître les critères d'admissibilité applicables.

Les lignes directrices du programme sont accessibles par le biais de notre site Web en cliquant sur le lien du Programme de remboursement des frais de stage clinique à l'adresse www.ProfessionsSanteOntario.ca/prfsc.

Inscrivez vos dépenses, les explications pertinentes, et joignez les reçus détaillés requis, tel qu'indiqué. Aucun reçu ne sera retourné. Veuillez soumettre un formulaire pour chaque stage clinique autorisé.

DÉPENSES

Les reçus détaillés originaux doivent accompagner le formulaire de demande de remboursement des frais de stage clinique. Les frais de transport aérien, ferroviaire et par autocar sont fondés sur un voyage en classe économique. Le tarif au kilomètre pour l'usage d'un véhicule personnel est établi à 0,40 \$/km. Les frais de location d'une voiture compacte et les frais d'essence (reçus originaux à l'appui) ainsi que les frais d'hébergement en occupation simple seront couverts. Veuillez consulter les lignes directrices du programme pour de plus amples renseignements.

Les frais de voyage s'appliqueront aux moyens de transport suivants – véhicule personnel, voiture de location, taxi, autocar, train, compagnie aérienne commerciale – en rapport avec le transport initial pour se rendre au centre universitaire des sciences de la santé et pour retourner ensuite à l'établissement d'enseignement d'attache **SEULEMENT**. (Voir les lignes directrices)

RENSEIGNEMENTS

Pour toute question concernant le formulaire de dépenses, communiquez avec le coordonnateur /coordonnatrice de la gestion du PRFSC, au 1 800 463-1270, poste 7 ou écrivez à : ctp@HealthForceOntario.ca
Veuillez tout remettre (demande de remboursement, confirmation de stage et formulaire comprenant votre numéro d'assurance social) par la poste à l'adresse suivante :

Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario
Coordonnateur/coordonnatrice de la gestion du Programme de remboursement des frais de stage clinique
163, rue Queen Est | Toronto, ON M5A 1S1

À USAGE INTERNE SEULEMENT

Coordonnateur(trice) de la gestion du PRFSC :	Signature :	Date :
---	-------------	--------

Avis de collecte de renseignements : L'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (APR PSO) recueille vos renseignements personnels en vertu de la Loi sur les sociétés de développement, règlement de l'Ontario 249/07, article 3. Les renseignements personnels que vous nous fournissez sont requis pour le traitement du remboursement des dépenses au titre du Programme de remboursement des frais de stage clinique. L'APR PSO peut utiliser les renseignements statistiques en vue de préparer des rapports sur le programme, d'effectuer des recherches et d'évaluer les résultats du programme. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, adressez-vous à notre coordonnateur de l'information, à l'adresse suivante : Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario, 163, rue Queen Est, Toronto, Ontario M5A 1S1. Tél. : 416 862-2200 ou 1 800 463-1270, téléc. : 416 874-4075

Ce document est offert en format accessible sur demande : www.healthforceontario.ca/asc