Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

# Demande en vertu de l'entente sur le traitement des sommes résiduelles en formation FIQ

***** AVANT DE COMPLÉTER VOTRE DEMANDE, valider votre solde disponible dans cette liste :** Liste CISSSMO sommes résiduelles | Intranet du CISSSMO *******

| **Identification du requérant** | | **Section réservée au service de la formation** |
|---|---|---|
| Nom : _____ | Matricule : _____ | Montant accordé : _____ |
| Courriel : _____ | Titre d'emploi : _____ | Précisions : _____ |
| Signature requérant : _____ | Employé : ☐ Temps plein ☐ Temps partiel | Signature : _____ |
| Nom du gestionnaire : _____ | Solde disponible : _____ | Date : _____ |

**Sélectionner la modalité qui s'applique à votre demande (a, b, c, d, e ou f) et compléter la section qui s'y rattache.**

| **Modalités** |
|---|
| **a) Formation requise dans le cadre du travail (volet 3)**<br>*Frais éligibles : rémunération pendant la formation; frais d'inscription; frais pédagogiques; frais de déplacement, de repas et de séjour* |
| **b) Formation dans une discipline reliée aux soins infirmiers et cardio-respiratoires qui n'est pas requise dans le cadre du travail**<br>*Frais éligibles : frais d'inscription et frais pédagogiques* |

Voir le verso pour les autres modalités

| **À L'INTENTION DU REQUÉRANT** | | | **SERVICE DE LA FORMATION** |
|---|---|---|---|
| Identification de l'activité de formation | Estimation des coûts | Total<br>Taxes incluses | Montant autorisé |
| Titre de la formation : _____ | Frais d'inscription : _____ $ tx incluses | | |
| Durée : _____ Date : _____ | Repas _____ $ selon la conv. coll. | | |
| Organisme/formateur : _____ | Kilométrage _____ $ 0,64$/ KM | | |
| Lieu/ville ou virtuel : _____ | Hébergement _____ $ | | |
| Modalité (a ou b): _____ | Salaire _____ $ Taux horaire x durée | _____ $ | _____ $ |

Vous devez transmettre ce formulaire, le plan de cours et les factures des frais réclamés à : formation.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

La demande de remboursement devra être faite via votre compte de dépense (GRH-Paie) en y joignant votre facture et ce formulaire signé par le service de la formation. À noter que votre compte de dépense sera approuvé par votre gestionnaire.

NB. Tout solde excédentaire au montant accordé est aux frais du requérant.

| **Modalités** |
|---|
| **c) Scolarité additionnelle**<br>*Frais éligibles : frais d'inscription; frais d'admission; frais généraux; droits de scolarité et frais de scolarité à distance. Demande pour l'année financière en cours seulement.*<br>*** Documents requis : relevé de notes, plan(s) de cours et facture ** – Valable uniquement pour l'année financière en cours (non rétroactif)* |
| **d) Autoformation**<br>*Frais éligibles : achat de livres spécialisés, de documentation scientifique; abonnement à une revue scientifique en lien avec le développement de sa pratique professionnelle* |
| **e) Matériel en soins infirmiers**<br>*Frais éligibles : uniformes; stéthoscope; saturomètre; etc* |
| **f) Renouvellement licence/permis de pratique** (portion non couverte par la convention collective)<br>*OIIQ, OIIAQ et OPIQ – Valable uniquement pour l'année en cours (non rétroactif)* |

| **À L'INTENTION DU REQUÉRANT** | | | | | **SERVICE DE LA FORMATION** |
|---|---|---|---|---|---|
| Modalités (c, d, e ou f) | Détails de la demande | Date | Organisme / formateur / Établissement de formation | Coût Taxes incluses | Montant autorisé |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Vous devez transmettre ce formulaire, le détail et les factures des frais réclamés à : formation.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

La demande de remboursement devra être faite via votre compte de dépense (GRH-Paie) en y joignant votre facture et ce formulaire signé par le service de la formation. À noter que votre compte de dépense sera approuvé par votre gestionnaire.

NB. Tout solde excédentaire au montant accordé est aux frais du requérant.