

Rapport annuel complémentaire

Services de soutien communautaire offerts aux personnes accidentées de la route ayant subi une blessure médullaire

Ce rapport annuel pour l'année _____ est présenté à la Société de l'assurance automobile du Québec par _____.

1 – Clientèle ayant reçu des services de soutien communautaire

Les services de soutien communautaire sont définis à l'article 1.3 de l'entente de service conclue avec la Société pour les années 2019-2025.

Personnes ayant subi une blessure médullaire

Nombre de clients « Personnes accidentées de la route » : _____

2 – Accessibilité

Adresse complète du local principal (numéro, rue, appartement)

Ville, village ou municipalité _____ Code postal _____

Votre association a-t-elle d'autres points de service que le local principal? Oui Non

Si oui, précisez les adresses de chacun des points de service.

Adresse complète _____ Code postal _____

Adresse complète _____ Code postal _____

Adresse complète _____ Code postal _____

Y a-t-il un délai entre le moment où une personne vous signifie son besoin de services et celui où elle les reçoit? Oui Non

Si oui, quel est le délai moyen d'attente en semaine? _____

Explications :

3 – Recrutement

Éprouvez-vous des difficultés à recruter votre clientèle? Oui Non

Si oui, expliquez pourquoi.

4 – Fréquence des activités et des services offerts

Cochez la case qui correspond à la fréquence à laquelle les activités et les services sont offerts aux personnes ayant subi une blessure médullaire.

Activités et services	Fréquence			
	Régulier	Occasionnel	Ponctuel	Sans objet
Accueil et référence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écoute et soutien téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groupe d'entraide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités sociales et loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ateliers de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répit et dépannage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conférences, cafés et soupers rencontres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation d'aide individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 – Répondant ou répondante de votre association (personne-ressource auprès de la Société pour ce rapport)

Nom

Prénom

Fonction

Téléphone

Poste

6 – Modifications juridiques

Votre association a-t-elle modifié ses lettres patentes ou ses règlements au cours de l'année? Oui Non

Si oui, veuillez joindre une copie des lettres patentes et des règlements à jour.

7 – Commentaires additionnels ou complément d’information pour les sections 2 et 3

Nom et prénom du président ou de la présidente du conseil d'administration

Signature

Date (Année-Mois-Jour)

DEUX FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT: Télécopieur: 418 643-8804

Telexcopieur : 416 645-8604
Poste: Direction du partenariat et du conseil en indemnisation
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19600, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J6

Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.

Le formulaire est disponible sur le site Web de la Société à saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante.