

## Rapport annuel complémentaire

Services de soutien communautaire offerts aux personnes accidentées de la route ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave

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 un traumatisme craniocérébral modéré ou grave

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 un traumatisme craniocérébral modéré ou grave.

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

**Télécopieur :** 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](http://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante).