

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 signale 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"/>
Répét 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"/>

Nom		Prénom	
Fonction		Téléphone	Poste

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.

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

Nom et prénom du président ou de la présidente du conseil d'administration	Signature	Date (Année-Mois-Jour)

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

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