

**DÉPLACEMENTS POUR SOINS MÉDICAUX
À L'EXTÉRIEUR DU YUKON –
DÉPLACEMENTS PAR VÉHICULE
POUR RENDEZ-VOUS MÉDICAUX**

Vous nous avez avisés que vous vous rendrez par la route à _____ pour des rendez-vous médicaux. **À votre retour au Yukon, veuillez remplir le présent formulaire. Veuillez apporter avec vous le formulaire (jaune) de demande d'aide financière et le faire remplir par le personnel médical pour tous rendez-vous médicaux à l'extérieur du Yukon, y compris l'hospitalisation.** Cela constitue la preuve que les services médicaux ont été reçus. Vous avez droit à un remboursement de frais de déplacement et au paiement d'une indemnité.

Veuillez poster les formulaires dûment remplis à l'adresse indiquée au bas de la page.

Prénom _____ Nom de famille _____

Adresse postale _____

Téléphone (résidence) _____ (travail) _____

Numéro d'assurance-santé du Yukon _____

Date de départ _____ (AAAA/MM/JJ) Date de retour _____ (AAAA/MM/JJ)

DÉCLARATION

Je, _____, déclare par la présente que je me suis déplacé en véhicule
PRÉNOM NOM

de _____ à _____ le _____
DATE AAAA/MM/JJ

à la seule fin de recevoir un traitement médical. Par conséquent, je suis admissible à recevoir du gouvernement du Yukon un remboursement de frais de déplacement engagés pendant ce voyage.

Je comprends que le fait de fournir de faux renseignements constitue une infraction et que, le cas échéant, je serais passible, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, d'une amende ou d'un emprisonnement, ou de ces deux peines.

SIGNATURE DU DEMANDEUR

DATE AAAA/MM/JJ

SIGNATURE DU TÉMOIN

DATE AAAA/MM/JJ

Adresse postale :
Déplacements pour soins médicaux – Services de santé H-2
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Téléphone :
867-667-5209
Sans frais au Yukon : 1-800-661-0408, poste 5209