



Ministère de la santé
Accord de voyage du bénéficiaire

**Le présent Contrat doit être signé avant la réception
de toute disposition relative au voyage**

Responsabilités des bénéficiaires

- Vous devez honorer tous les rendez-vous prévus et arriver à l'heure à tous vos rendez-vous.
- Vous devez donner un préavis raisonnable au centre de santé lorsque vous ne pouvez plus honorer un rendez-vous, sauf en cas d'empêchement pour des raisons médicales ou des circonstances indépendantes de votre volonté.
- Vous devez suivre toutes les instructions données par votre médecin ou vos infirmiers. Par exemple : être à jeun ou prendre des médicaments spécifiques avant des examens médicaux.
- Vous devez vous présenter à l'aéroport au moins une heure avant le départ de votre vol. Vous devez être à la porte d'embarquement au moins 30 minutes avant l'embarquement. Vous ne devez en aucun cas manquer votre vol pour une raison non médicale qui soit dépendante de votre volonté.
- Vous êtes tenu de respecter les règles du foyer d'accueil ou de l'hôtel.
- Vous devez vous abstenir de toute consommation ou intoxication par l'alcool, le cannabis ou des drogues illicites, ou de toute violence verbale ou physique, de tout comportement violent ou illicite, notamment des comportements qui causent du mal à autrui ou entraînent des dommages matériels. La politique de **tolérance zéro** s'applique à l'égard de l'intoxication, de la consommation de drogues illicites et de comportements illicites ou abusifs.
- Vous devez voyager avec votre carte d'assurance-maladie valide du Nunavut et une pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement.
- Les frais d'excédent de bagages sont à votre charge.
- Tous les frais associés aux compagnons non autorisés (non approuvés en vertu de la politique sur les voyages pour des raisons médicales) sont à votre charge.
- Vous devez traiter avec respect les autres voyageurs, notamment l'accompagnateur ou les accompagnateurs, les professionnels de la santé, le personnel des foyers d'accueil et des hôtels, et le personnel des compagnies aériennes. Les bénéficiaires coupables de violence (verbale ou physique) envers autrui peuvent être invités à organiser eux-mêmes leur voyage et à en assumer

les coûts, ou se voir facturer par le ministère de la Santé une partie ou la totalité des frais associés au voyage pour des raisons médicales.

- Vous devez observer la distanciation physique ainsi qu'une bonne hygiène des mains et respecter les directives des responsables de la santé publique concernant l'utilisation d'équipement de protection individuelle (EPI), au besoin.

Contrat

1. Je comprends et j'accepte mes responsabilités, telles que susmentionnées.
Paraphe du bénéficiaire _____
2. Je comprends que si je n'assume pas toutes mes responsabilités en tant que bénéficiaire, je pourrais devoir prendre moi-même les dispositions relatives à mon voyage et assumer les frais d'hébergement, de repas et de transport terrestre, ou le ministère de la Santé pourrait me facturer la totalité ou une partie des dépenses réelles de ce voyage pour des raisons médicales.
Paraphe du bénéficiaire _____
3. Je comprends que si je n'assume pas toutes mes responsabilités en tant que bénéficiaire et que si je manque un vol pour des raisons dépendantes de ma volonté, je peux être tenu de réserver à nouveau et d'assumer les coûts liés à l'organisation du voyage, ou je peux recevoir une facture de la part du ministère de la Santé pour tout vol supplémentaire ou d'autres frais pouvant résulter de ce vol manqué lorsque le ministère de la Santé a pris en charge les frais pour le vol supplémentaire.
Paraphe du bénéficiaire _____
4. Je comprends que si je manque un rendez-vous sans préavis raisonnable, sauf si cela est dû à des raisons médicales ou en raison de circonstances indépendantes de ma volonté, je pourrais assumer tous les frais pour le rendez-vous manqué.
Paraphe du bénéficiaire _____
5. Je sais qu'il est possible que je reçoive une facture pour tout dommage résultant d'un comportement abusif, violent ou illégal.
Paraphe du bénéficiaire _____
6. La politique sur les voyages pour des raisons médicales et les procédures de voyage m'ont été expliquées et j'ai reçu des coordonnées au cas où j'aurais besoin d'aide pendant mon voyage.
Paraphe du bénéficiaire _____

Signature du bénéficiaire	Nom en caractères d'imprimerie	Date
---------------------------	--------------------------------	------

Signature du représentant du centre de santé communautaire du GN	Nom en caractères d'imprimerie	Date
---	--------------------------------	------

Le bénéficiaire doit conserver un exemplaire de ce formulaire et un autre doit être versé à son dossier.