



**Ministère de la Santé
Contrat 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 soins 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 vos médecins ou les personnels 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 rater votre vol pour une raison non médicale qui soit dépendante de votre volonté.
- Vous êtes tenu de respecter les règles du lieu d'hébergement ou de l'hôtel.
- Vous devez vous abstenir de toute consommation ou intoxication par l'alcool, le cannabis et des drogues illicites ou de toute violence verbale ou physique, de tout comportement violent ou illicite, notamment des comportements qui portent préjudice à des personnes ou causent 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 lieux d'hébergement et des hôtels, et le personnel des compagnies aériennes. Les bénéficiaires coupables de violence (verbale ou physique) envers autrui peuvent être appelés à organiser eux-mêmes leur voyage et à supporter les frais s'y rattachant, 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 pratiquer l'éloignement social, vous laver les mains fréquemment et respecter les consignes officielles de la santé publique concernant l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (ÉPI).
- Vous devez vous soumettre à la période d'isolement de 14 jours dans l'un des lieux désignés par le gouvernement du Nunavut avant de rentrer au Nunavut.
- Vous devez contacter immédiatement votre centre de santé local si vous développez des symptômes de la COVID-19.

Contrat

1. Je comprends et j'accepte mes responsabilités telles qu'énoncées ci-dessus.
Initiales 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 supporter les frais d'hébergement, de repas et de transport routier, ou le ministère de la Santé pourrait me facturer la totalité ou une partie des dépenses réelles de ce voyage pour des raisons médicales.
Initiales du bénéficiaire _____
3. Je comprends que si je n'assume pas toutes mes responsabilités en tant que bénéficiaire et si je rate un vol pour des raisons dépendantes de ma volonté, je peux être tenu de faire une réservation de billet d'avion à nouveau et de supporter les frais liés à l'organisation du voyage, ou je peux recevoir une facture de la part du ministère de la Santé pour tout voyage en avion supplémentaire ou d'autres frais pouvant résulter de ce vol raté lorsque le ministère de la Santé a pris en charge les frais pour le voyage en avion supplémentaire.
Initiales du bénéficiaire _____
4. Je comprends que si je n'honore pas à 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 devoir supporter tous les frais pour le rendez-vous manqué.
Initiales du bénéficiaire _____
5. Je comprends que je pourrais devoir supporter les frais afférents aux dommages résultant d'un comportement abusif, violent ou illicite.
Initiales 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.
Initiales du bénéficiaire _____

Signature du bénéficiaire

Nom en caractères d'imprimerie

Date

Représentant en santé communautaire du GdN

Nom en caractères d'imprimerie

Date

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