

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES TRAVAUX D'AMÉNAGEMENT ET DES ÉQUIPEMENTS DE DÉMARRAGE D'UN GMF-U

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette demande doit être signée par le **médecin responsable du groupe de médecine de famille (GMF)** ou le **directeur médical du GMF universitaire (GMF-U)** et par le **président-directeur général (PDG) de l'établissement** ou **toute autre personne désignée par ce dernier**. Elle doit être accompagnée des pièces justificatives des travaux réalisés ou des équipements de démarrage acquis. Elle doit être envoyée par courriel, avant le 1^{er} mars de chaque année, pour la révision annuelle du GMF, selon les coordonnées présentées à l'annexe VI du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF).

Ne sont pas admissibles les frais liés aux travaux d'aménagement ou aux équipements de démarrage d'un site de GMF-U situé dans une installation exploitée par un établissement de santé et de services sociaux.

Nom du GMF-U (préciser le site si plus d'un site universitaire) : _____.

Travaux d'aménagement	Brève description des travaux effectués	Date (année)	Coût des travaux
			\$
Équipements de démarrage	Brève description des équipements acquis	Date (année)	Coût des équipements
			\$

Maximum autorisé pour les travaux d'aménagement : 180 000 \$ plus un montant additionnel de 30 000\$ par nouvelle place de R1 lors d'une augmentation de capacité d'accueil à partir de la quatrième année de désignation du GMF-U (section 6.3.2.2 du Programme GMF).

Maximum autorisé pour les équipements de démarrage : 90 000 \$ plus un montant additionnel de 15 000\$ par nouvelle place de R1 lors d'une augmentation de capacité d'accueil à partir de la quatrième année de désignation du GMF-U (section 6.3.2.3 du Cadre de gestion GMF-U).

Signature du médecin responsable du GMF ou du directeur médical du GMF-U

Date

Nom (lettres moulées)

SECTION ÉTABLISSEMENT :

L'établissement _____ s'engage à rembourser au GMF la somme de _____ \$
au plus tard le _____.

Signature du PDG ou de son représentant désigné de l'établissement

Date

Nom (lettres moulées)