

Réservé à l'administration

Dossier N°: _____

Installation N°: _____

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)			N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)			Code postal
Nom de l'institution financière où le compte est détenu	N° de l'institution	N° de transit	N° de compte (avec chiffre vérificateur)

Organisme bénéficiaire – Information de contact

Nom de l'organisme CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Représentant de l'organisme bénéficiaire (en lettres moulées) hebergement.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca	
Adresse du siège social 555, boul. Gouin Ouest, Montréal (Québec)	Code postal H3L 1K5	Téléphone (514) 323-7260, poste

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés mensuellement dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, le tout constituant un DPA personnel.

Chaque retrait correspondra :

- Pour les frais d'hébergement:

à un montant établi par la RAMQ selon le type de chambre occupé, lequel pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, conformément aux avis de décision émis par la *Direction de la contribution et de l'aide financières (RAMQ)*, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du paiement. Le prélèvement se fera le **1^{er} de chaque mois** et ce, à compter du mois de l'admission.

- Pour les sommes en fidéicommis, un montant sera prélevé le **5 de chaque mois** et ce, à compter du mois de _____, soit:

un montant de _____ \$ (laissé à la discrétion du titulaire du compte);

un montant variable selon les dépenses du mois précédent (ex: téléphone incluant les frais d'interurbains s'il y a lieu, câble, coiffeuse, soins de pieds, etc.), pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins 10 jours avant la date d'échéance du paiement.

Renonciation :

- Je renonce à recevoir l'avis écrit de 10 jours mentionné ci-dessus.
- J'accuse réception d'une copie de cet Accord de DPA et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

Changement ou annulation :

J'informerai l'organisme bénéficiaire par écrit et ce, dans un délai de 15 jours civils précédents le DPA ci-haut mentionné, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis d'un maximum de 30 jours civils. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière, consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.cdnpay.ca ou m'adresser directement au représentant de l'organisme bénéficiaire. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Je conviens que l'institution financière, où j'ai mon compte, n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA personnel, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du (des) titulaire(s) / représentant (s)

_____ Signature du titulaire du compte / représentant	_____ Date (jj/mm/aaaa)
_____ Signature du second titulaire / représentant (s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)	_____ Date (jj/mm/aaaa)

Signature de l'organisme bénéficiaire

_____ Signature du représentant de l'organisme bénéficiaire	_____ Date (jj/mm/aaaa)
----------------------------------------------------------------	----------------------------

IMPORTANT: Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.
Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme bénéficiaire le plus rapidement possible.

PRE-AUTHORIZED DEBIT AGREEMENT (PAD)
PAYOR'S PAD AGREEMENT

For administration only

File #: _____

Installation #: _____

Account holder name and account number

Last and first name(s) of account holder(s)			Telephone No.
Address (street, city, province)			Postal code
The name of the financial institution where the account is located	Institution No.	Transit No.	Account No. (with check digit)

Payee – Contact information

Name of organization CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Representative of the recipient (please print) hebergement.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca	
Head office address 555, boul. Gouin Ouest, Montreal (Quebec)	Postal code H3L 1K5	Phone No. (514) 323-7260, ext.

Withdrawal authorization

I, the undersigned, (if a legal person, herein represented by its duly authorized representative(s)), authorize the Payee to make monthly pre-authorized debits from my account with the aforementioned financial institution, the whole constituting a Personnel PAD.

Each withdrawal will correspond to:

- For accommodation costs:
 - to an amount established by the RAMQ depending on the occupied room, which can be increased without further authorization from me, in accordance to the decision notice issued by the *Direction de la contribution et de l'aide financières (RAMQ)*, provided that the recipient sends me a written notice at least 10 days before the due date of payment. The levy will be the **1st of each month**, effective the month of admission.
- For the money in trust, an amount will be debited on the **5th of each month**, starting the month of _____, either:
 - an amount of \$ _____ (at the discretion of the account holder);
 - a variable amount according to the previous month's expenses (eg: phone including long distance charges if applicable, cable dressing, foot care, etc.), provided that the recipient sends me a written notice at least 10 days before the due date of payment.

Waiver:

- I hereby waive the aforementioned written notice of 10 days.
- I have received a copy of this PAD Agreement and waive all other confirmation before the first payment.

Change or cancellation:

I shall inform the Payee writing and that, within 15 calendar days preceding the DPA above mentioned, of any changes to this Agreement.

I retain the right to revoke my authorization at any time, with a pre-notification of maximum 30 calendar days. To obtain a sample of the cancellation form or for more information on my right to cancel a PAD Agreement, I may contact my financial institution, visit the Canadian Payments Association Web site at www.cdnpay.ca, or speak directly to the representative of the recipient. I agree to release the financial institution of any liability if the revocation is not respected, except in the case of gross negligence on its part.

I agree that the financial institution at which I maintain the account is not required to verify that the payment is debited in accordance with this authorization. I also certify that every person whose signature is required for the operation of the aforementioned account has signed this authorization.

I acknowledge that the delivery of this authorization to the Payee constitutes delivery by me to the aforementioned financial institution.

Reimbursement

I have certain rights of recourse if a debit does not comply with the terms of this Agreement. For example, I have the right to receive reimbursement for any PAD that is not authorized or that is not compatible with the terms of this PAD Agreement. For more information on my rights of recourse, I may contact my financial institution or visit www.cdnpay.ca.

The financial institution shall reimburse me, on behalf of the organization, any amounts withdrawn in error, within 90 calendar days of the withdrawal for a Personal PAD, provided that the reimbursement is claimed for a valid reason.

I understand that a claim to this effect must be made to my financial institution following the procedure it will provide for that purpose.

Finally, I acknowledge that a claim for reimbursement filed after the aforementioned time limits must be settled between me and Payee, without any liability or commitment from the part of my financial institution.

Consent to disclosure of information

I hereby consent to the disclosure of the information contained in my pre-authorized debit enrolment agreement to the financial institution, provided such information is directly related to and required for the smooth application of the rules governing pre-authorized debits.

Signature (of) the owner (s) / representative (s)	
_____ Signature of account holder / representative	_____ Date (dd / mm / yyyy)
_____ Signature of second owner / representative (if it is one for which two signatures are required)	_____ Date (dd / mm / yyyy)
Signature of recipient	
_____ Signature of representative of the recipient	_____ Date (dd / mm / yyyy)

IMPORTANT: Attach a personal cheque marked "VOID" to avoid errors in transcription.
If you change your account or financial institution, please advise the payee organization as soon as possible.