

This form must be received no later than ten (10) working days following the end of the billing period or payment may not be provided. / Le présent formulaire doit être reçu au plus tard dix (10) jours ouvrables après la fin de la période de facturation ou le versement risque de ne pas être effectué.

A • Facility Information / Renseignements sur l'établissement		B • Billing Period / Période de facturation	
Incorporated Name / Dénomination sociale	Facility Number / Numéro de l'établissement	From / Du :	To / Au :
Address / Adresse		Days Open † / Jours d'ouverture †	In-Service Days / Journées pédagogiques
City or Town / Ville ou village	Postal Code / Code postal	† Days open per 4 week billing period including statutory holidays. / † Jours d'ouverture par période de facturation de quatre semaines, y compris les jours fériés.	

C • Staffing Grant Requested / Subvention de salaire demandée									
Name of Child / Nom de l'enfant	Date of Current Individual Program Plan / Date du plan d'apprentissage individuel actuel	Date of Enrolment or Withdrawal (in this period) / Date d'inscription ou de retrait (pendant la période de facturation)	No. of Days Attended* / Jours de présence*		(A) Actual Inclusion Support Program Staff Hours / Heures travaillées dans le cadre du Programme de soutien à l'inclusion	(B) Approved Salary per Hour / Salaire approuvé par heure	(C) Total Salary / Salaire total (A x B)	(D) Employer Benefits In Dollars / Avantages sociaux payés par l'employeur (en dollars)	(E) Total / Total (C + D)
			Regular / Normaux	Variation / Variation					
								Grand Total / Total général	

*As requested on the staffing grant application. / *Comme cela est demandé dans la demande de subvention de salaire

D • Authorization / Autorisation	
I hereby certify that the above information is accurate. / Je déclare par la présente que les renseignements ci-dessus sont exacts.	
Director or Provider / Directeur ou fournisseur	Date / Date

Email your completed form to elcc-isp@gov.mb.ca. Save a copy for your records. / Veuillez envoyer votre formulaire complété par courriel à elcc-isp@gov.mb.ca. Sauvegardez une copie pour vos dossiers.

E • FOR OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION		
I hereby certify that the above information is accurate. / Je déclare par la présente que les renseignements ci-dessus sont exacts	Inclusion Support Program Coordinator / Coordonnateur du Programme de soutien à l'inclusion	Date / Date
Inclusion Staffing Grant / Subvention de salaire-Inclusion		Cost Element / Élément de coût : 7211000
Vendor No. / N° de fournisseur	Order No. / N° de commande	Ref Doc. / Doc. de référence
Approval for Payment / Approbation du paiement	Date / Date	Amount Payable by Province / Montant payable par la province