

Formule de facture pour les services autogérés

Services aux enfants handicapés

Section un – Bénéficiaire des services et résumé des services

*En lettres moulées

Nom de l'enfant _____

Période de service
de _____ à _____

Type de service p. ex., relève, garde après les heures de classe, aide au transport, etc.	Taux	Total des heures par service	Total du montant facturé par service
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Total des montants facturés tous les services			\$

Section deux – Renseignements sur le parent ou le tuteur*

*tel qu'indiqué dans votre contrat des services autogérés

Parent ou tuteur
Nom _____

Adresse du parent ou du tuteur

J'atteste que tous les renseignements contenus dans la présente sont véridiques et exacts, et que les services ont été fournis.

Signature du parent ou du tuteur _____

Date _____

Section trois – Réserve au ministère

D.I.N.	MONTANT
	\$
	\$
	\$
	\$
N° DE VENDEUR	TOTAL PAYÉ \$
Attestation de services rendus et autorisation de paiement	
SIGNATURE _____ DATE _____	

Formule de registre pour les services autogérés

Services aux enfants handicapés

*En lettres moulées

Nom de l'enfant

Travailleur(e) des services communautaires

Renseignements sur le service				Renseignements sur le fournisseur de services		
Mois _____				Remarque : On pourrait communiquer avec les fournisseurs de services pour vérifier que les services ont été fournis.		
Date	Type de service ex. relève, garde après l'école	Heures du service ex. de 18 h à 21 h	Nombre d'heures	Nom complet	Numéro de téléphone	Signature