

Formule de facture pour les services autogérés

Familles

Services aux enfants handicapés

Section un – Bénéficiaire des services et résumé des services

*En lettres moulées svp

Période de service
de _____ à _____

Nom de l'enfant _____			
Type de service	Taux	# heures	Total par service
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Total de tous les services			\$

Nom de l'enfant _____			
Type de service	Taux	# heures	Total par service
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Total de tous les services			\$

Nom de l'enfant _____			
Type de service	Taux	# heures	Total par service
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Total de tous les services			\$

Section deux – Renseignements sur le parent/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 _____	

La présente formule est disponible en d'autres formats, sur demande.
This form is available in alternate formats upon request

