

**SERVICES D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE
DES PERSONNES HANDICAPÉES**

Objet : **Services de soutien : Soutien financier –
Annexe A – Intervention d'urgence — Facture**

INTERVENTION D'URGENCE — FACTURE

INSTRUCTIONS DE FACTURATION (par champs numérotés)

Cette facture standard ou une modification de celle-ci doivent être utilisées par les personnes ou les organismes qui fournissent des services d'intervention en situation de crise aux personnes admissibles au financement du programme des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées.

Les fournisseurs de services peuvent adapter cette facture en fonction de leurs besoins. L'utilisation d'une facture dont le contenu et la forme ont été modifiés doit être approuvée par le bureau régional. En outre, l'information fournie sur une facture modifiée doit correspondre à celle fournie sur une facture standard.

CHAMPS

1. Nom de l'établissement/programme – Nom de l'établissement ou du programme pour lequel le service est fourni. Une facture distincte doit être présentée pour chaque établissement ou programme. Ne remplissez pas ce champ si le fournisseur n'exploite qu'un seul établissement ou programme et si les noms du fournisseur et de l'établissement ou programme sont identiques.
2. Date de facturation – Date à laquelle la facture a été préparée par le fournisseur.
3. Période de facturation – Date de début et de fin, selon le format année/mois/jour, de la période pour laquelle la facture est présentée. Les factures doivent être présentées chaque mois
4. Personne – Nom de famille et prénom ou prénoms de la personne qui a reçu le service pour lequel la facture est présentée.
5. Nombre de jours – Nombre de jours de service déclaré pour la personne au cours de la période de facturation.
6. Nombre d'heures – Nombre d'heures de service déclaré pour la personne au cours de la période de facturation.
7. Indemnité quotidienne – Indemnité quotidienne approuvée pour la personne.
8. Taux horaire – Taux horaire approuvé.

Date de publication : 1 ^{er} janvier 2019
Remplace : 1 ^{er} janvier 2001

FAMILLES
MANITOBA

C	100.2.3A	1 de 3
Emplacement	Section	Page

SERVICES AUX ADULTES HANDICAPÉS

SERVICES D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Objet : **Services de soutien : Soutien financier –
Annexe A – Intervention d'urgence — Facture**

9. Montant – Montant obtenu après la multiplication du nombre de jours par l'indemnité quotidienne approuvée pour la personne ou après la multiplication du nombre d'heures par le taux horaire approuvé.
10. Autres coûts – Reçus et liste des coûts par article. Montant total payable – Somme des montants de la case n° 9 et de la case n° 10 pour chaque personne.
11. Total de la colonne – Somme des montants de la colonne.
12. Total de la colonne – Somme des montants de la colonne.
13. Montant total à payer (colonne) – Somme des totaux de cette colonne qui correspond aux totaux de la case n° 12 et de la case n° 13; ce total représente le montant réclamé pour toutes les personnes pendant la période de facturation.
14. Signature de la personne autorisée (fournisseur) – Signature de la personne autorisée par le fournisseur à certifier l'exactitude de la facture.
15. Payable à (nom et adresse du fournisseur) – Dénomination sociale, adresse postale et code postal du fournisseur. Ces informations doivent être exactes, car elles seront utilisées pour libeller et envoyer le chèque pour services rendus.

Date de publication : 1^{er} janvier 2019

Remplace : 1^{er} janvier 2001

FAMILLES

MANITOBA

C	100.2.3A	2 de 3
Emplacement	Section	Page

Intervention d'urgence — Facture



ENVOYER LA FACTURE À :
FAMILLES MANITOBA

DATE DE FACTURATION : _____ 2

PÉRIODE DE FACTURATION

DE : _____ 3
Année/mois/jour

À : _____ 3
Année/mois/jour

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU
PROGRAMME :

1

PERSONNE		NOMBRE		TAUX		MONTANT	AUTRES COÛTS*	MONTANT TOTAL PAYABLE
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	JOURS	HEURES	QUOTIDIEN	HORAIRE			
4		5	6	7	8	9	10	11
TOTAL						12	13	14

* Annexez les reçus et la liste de coûts par article.

Je certifie que les biens ou les services ont été fournis :

15

SIGNATURE AUTORISÉE (DU FOURNISSEUR)

PAYABLE À : (NOM ET ADRESSE POSTALE COMPLÈTE)

MG-2515 Rév./19

CODE POSTAL

RÉSERVÉ À L'USAGE DE FAMILLES MANITOBA

Produits reçus, ou services fournis et paiement autorisé
SIGNATURE :
N° DU DOCUMENT SAP :

ÉLÉMENT DE COÛT	CENTRE DE COÛTS/ N° DE COMMANDE INTERNE	RÉSERVATION DE FONDS		MONTANT (EN \$)
		N°	ARTICLE N°	
TOTAL				
FOURNISSEUR N° :		AUTORISATION N° - CT :		

Date de publication : 1^{er} janvier 2019

Remplace : 1^{er} janvier 2001

FAMILLES

MANITOBA

C	100.2.3A	3 de 3
Emplacement	Section	Page