

SERVICES AUX ADULTES HANDICAPÉS

SERVICES D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Objet : **Services de soutien : Soutien financier –
Annexe A – Services de relève — Facture**

INSTRUCTIONS SUR LA 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 de relève 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 : 15 juillet 1999

FAMILLES
MANITOBA

C	100.2.2A	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 – Services de relève — Facture**

9. **Montant total payable** – 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. **Total de la colonne** – Total obtenu après l'addition des montants déclarés pour chaque personne; ce total représente le montant réclamé pour toutes les personnes durant la période de facturation.
11. **Signature de la personne autorisée (fournisseur)** – Signature de la personne autorisée par le fournisseur à certifier l'exactitude de la facture.
12. **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 : 15 juillet 1999

FAMILLES

MANITOBA

C	100.2.2A	2 de 3
Emplacement	Section	Page

SERVICES AUX ADULTES HANDICAPÉS

SERVICES D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Objet : **Services de soutien : Soutien financier –
Annexe A – Services de relève — Facture**

Services de relève — Facture



**ENVOYER LA FACTURE À :
FAMILLES MANITOBA**

DATE DE
FACTURATION :

2

PÉRIODE DE FACTURATION

DE :

3

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU PROGRAMME :

Année/mois/jour

1

À :

3

Année/mois/jour

PERSONNE		SERVICES DE RELÈVE				
Nom de famille	Prénom	NOMBRE		TAUX		MONTANT TOTAL PAYABLE
		JOURS	HEURES	QUOTIDIEN	HORAIRE	
4		5	6	7	8	9
TOTAL						10

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

11

SIGNATURE AUTORISÉE (DU FOURNISSEUR)

PAYABLE À : (NOM ET ADRESSE POSTALE COMPLÈTE)

12

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 :

CL RÉV. 103/19

Date de publication : 1^{er} janvier 2019

Remplace : 15 juillet 1999

FAMILLES

MANITOBA

C

100.2.2A

3 de 3

Emplacement

Section

Page