

Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Divergence par rapport au plan financier

<p>Date : _____</p> <p>Participant : _____</p> <p>Administrateur des services aux adultes : _____</p> <p>Travailleur des services communautaires : _____</p> <p>Fournisseur de services : _____</p> <p>Date du plan financier proposé : _____</p> <p>Montant de dépôt mensuel approuvé : _____</p>
<p>Commentaires :</p>
<p>Suivi exigé :</p>