

## Formule de facture pour les services autogérés

Services aux enfants handicapés

Section un – Bénéficiaire des services et résumé des services	Période de service		
*En lettres moulées svp	Ti elloue de se	i vice	
	do	à	

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

Nom de l'enfant			
Type de service	Taux	# heures	Total par service
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	Total de to	us 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
NOIII
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 - Réservé au ministère

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



## Formule de registre pour les services autogérés

Services aux enfants handicapés

\*En lettres moulées

Nom	de l'enfant			Gestionnaire de cas		
Mois	Renseignements s/Année	Renseignements sur le service		r le service  Renseignements sur le fournisseur de service Remarque : On pourrait communiquer avec les fournisseu services pour vérifier que les services ont été fournis.		es fournisseurs de
Date	Type de service ex. relève, garde d'adolescent	Heures du service ex. de 18 h à 21 h	Nombre d'heures	Nom complet	Numéro de téléphone	Signature