

**PROPOSITION DE MODIFICATION DU PROGRAMME
PROGRAMME DES SERVICES D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE DES PERSONNES HANDICAPÉES**

DATE D'ENVOI :

PARTIE I. – RENSEIGNEMENTS SIGNALÉTIQUES

1. PERSONNE OU ORGANISME PROPOSANT DES MODIFICATIONS IMPORTANTES :

NOM LÉGAL :

NOM COMMERCIAL :

(si différent de ci-dessus)

PERSONNE-RESSOURCE :

(nom)

(poste)

TÉLÉPHONE : _____

TÉLÉCOPIEUR :

ADRESSE POSTALE :

PARTIE II MODIFICATIONS IMPORTANTES PROPOSÉES

1. TYPE DE MODIFICATIONS PROPOSÉES :

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LES PERSONNES SERVIES | <input type="checkbox"/> EXPANSION | <input type="checkbox"/> CONTENU DU PROGRAMME |
| <input type="checkbox"/> CHANGEMENT D'OPÉRATEUR | <input type="checkbox"/> DÉMÉNAGEMENT | <input type="checkbox"/> LE NIVEAU DE DOTATION EN PERSONNEL |
| <input type="checkbox"/> AUTRES – PRÉCISER : | | |

2. VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

- DÉTAILS SUR LA OU LES MODIFICATIONS PROPOSÉES ET LES RAISONS DE CES MODIFICATIONS;
- L'INCIDENCE DE CES CHANGEMENTS SUR LE NIVEAU DE FINANCEMENT DU PROGRAMME;
- DÉCRIRE COMMENT CES CHANGEMENTS BÉNÉFICIERONT AUX ÉLÉMENTS SUIVANTS, LE CAS ÉCHÉANT : LES PERSONNES RECEVANT DES MESURES DE SOUTIEN; LE FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME; LA QUALITÉ DU PROGRAMME; ET TOUT AUTRE AVANTAGE.

Date de publication : le 1 ^{er} janvier 2019
Remplace : le 15 juillet 1999

**FAMILLES
MANITOBA**

C	155.5C	1 de 1
Emplacement	Section	Page