

RECEIPT FORM REÇU

**ONE-TO-ONE SUMMER
SUPPORT WORKER
REIMBURSEMENT FUND**



**FONDS DE REMBOURSEMENT DES
TRAVAILLEURS DE SOUTIEN
INDIVIDUEL POUR L'ÉTÉ**

Deadline to submit receipt: September 15, 2017 / Date limite pour soumettre le reçu: 15 septembre 2017

Child/Youth:
Enfant/Jeune :

Surname/Nom, First Name/Prénom

Note: One receipt per child / Note : un reçu par enfant

Birth date:
Date de naissance :
*Day Month Year
Jour Mois Année*

Parent:
Parent :

Surname/Nom, First Name/Prénom

Date(s) Service Provided: **From:** **To:**
Du : **Au :**
*Day Month Year Day Month Year
Jour Mois Année Jour Mois Année*

Date(s) de prestation de services :

From: **To:**
Du : **Au :**
*Day Month Year Day Month Year
Jour Mois Année Jour Mois Année*

Amount Received:
Montant reçu : \$

Date Received:
Date :
*Day Month Year
Jour Mois Année*

Worker
Travailleur

Street/Rue Apt
App

City/Ville Postal Code
Code postal

Telephone/Téléphone Email/Adresse électronique

Application # / No. du demande :

Note: You do not need to use this receipt form if your worker has provided you with a completed receipt that contains all the required information for reimbursement.

Note : Il n'est pas nécessaire d'utiliser ce formulaire si votre travailleur de soutien individuel vous a déjà remis un reçu dûment rempli contenant tous les renseignements exigés pour le remboursement.

By signing I am acknowledging the release of liability above and I am certifying that the information provided in this application is true, correct and complete to the best of my ability.

J'ai pris connaissance du dégageement de responsabilité ci-dessus et j'affirme que les informations fournies dans la présente demande sont véridiques, exactes et complètes. En foi de quoi, j'ai signé :

Worker/ Program Representative Signature:
Signature du travailleur/Responsable du programme : _____

Parent/Guardian Signature:
Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Mail all items to:

Autism Ontario, ATTN: Ginny Kontosic,
1179 King Street West, Suite 004, Toronto, ON M6K 3C5
Telephone: 416-246-9592 x 225 Fax: 416-246-9417
ginny@autismontario.com

Veillez envoyer le tout par la poste à l'attention de

Ginny Kontosic : Autisme Ontario,
1179, rue King Ouest, bureau 004, Toronto (Ontario). M6K 3C5
Téléphone : 416-246-9592, poste 225, Télécopieur : 416-246-9417
ginny@autismontario.com

STAFF USE ONLY

New, Diagnosis Attached Diagnosis On File Amount Approved Authorized