

RECEIPT / REÇU

Deadline to submit receipts: September 17, 2021
Date limite pour soumettre le reçu : 17 septembre 2021

ONE-TO-ONE SUMMER
SUPPORT WORKER
REIMBURSEMENT FUND



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

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 From: To:
Provided: Du : Au :
Date(s) de prestation Day Month Year Day Month Year
de services : Jour Mois Année Jour Mois Année

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

Amount Received: \$ Date Received:
Montant reçu : Date :
Day Month Year
Jour Mois Année

Worker
Travailleur

Street/Rue Apt
App

City/Ville Telephone/ Postal Code
Code postal

Téléphone Email/Adresse électronique

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.

How Would You Like to be Reimbursed? / Comment aimeriez-vous obtenir votre remboursement?

Via Cheque / Par chèque

Via INTERAC e-transfer

Please provide the email address for the e-transfer
Indiquez l'adresse courriel de virement électronique

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 dégagement 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 : _____

Email Receipt Form to:
ginny@autismontario.com Autism
Ontario,
ATTN: Ginny Kontosic, Telephone:
416-246-9592 x 225 Fax:
416-246-9417

Veillez envoyer le formulaire de reçu par courriel à l'attention de
ginny@autismontario.com
Autisme Ontario
ATTN: Ginny Kontosic,
Téléphone : 416-246-9592, poste 225,
Télécopieur : 416-246-9417

STAFF USE ONLY

New,
Diagnosis Attached

Diagnosis
On File

Amount
Approved

Authorized