



RECEIPT / REÇU

Deadline to Submit Receipt – March 31, 2023
Date limite pour soumettre le reçu : 31 mars 2023

MARCH BREAK REIMBURSEMENT FUND 2023 FONDS DE REMBOURSEMENT DE LA SEMAINE DE RELÂCHE

Child/Youth:
Enfant/Jeune

: Surname/Nom, First Name/Prénom
Note: One receipt per child / Note : un reçu par enfant

Application ID #
Numéro de la demande

Birth date:
Date de naissance :

Primary Diagnosis:
Diagnostic Primaire

Parent /Guardian
Parent/tuteur :

Surname/Nom, First Name / Prénom

Date(s) Service Provided: From:
Date(s) de prestation de services : Du :

To:
Au :

Amount Received: \$
Montant reçu :

Date Receive:
Date :

Email / Adresse électronique

Worker
Travailleur

Street/Rue Apt
App

Telephone / Téléphone

City/Ville Postal Code
Code postal

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

Via Cheque / Par chèque

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

Via INTERAC e-transfer
Par virement électronique INTERAC

By signing I am acknowledging the release of liability above and I am certifying that the information provided in this document 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 ce document 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