

Deadline to submit receipts: September 13, 2024
Date limite pour soumettre le reçu : 13 septembre 2024

Child/Youth: Enfant/Jeune :		Application ID: Identifiant de demande :	
	Surname/Nom, First Name/Prénom		
	Note: One receipt per child / Note : un reçu par enfant		
Birth date: Date de naissance :			
	Day Jour	Month Mois	Year Année
Parent: Parent :			
	Surname/Nom, First Name/Prénom		
Date(s) Service Provided: Date(s) de prestation de services :			
	Day Jour	Month Mois	Year Année
From: Du :			
	Day Jour	Month Mois	Year Année
To: Au :			
	Day Jour	Month Mois	Year Année
Amount Received: Montant reçu :		Date Received: Date :	
	\$		
			Day Jour
			Month Mois
			Year Année
Worker Travailleur			
Street/Rue		Apt App	
City/Ville Telephone/ Téléphone		Postal Code Code postal	
		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	<input type="checkbox"/>		Please provide the email address for the e-transfer Indiquez l'adresse courriel de virement électronique
Via INTERAC e-transfer	<input type="checkbox"/>		

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 : _____

Email Receipt Form to: ginny@autismontario.com Autism Ontario Attn: Ginny Kontosic Tel: 416-246-9592 Fax: 416-46-9417	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	<input type="checkbox"/>	Diagnosis On File	<input type="checkbox"/>	Amount Approved	<input type="checkbox"/>	Authorized	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------	--------------------------