

RECEIPT / REÇU

Deadline to Submit Receipt – March 31, 2025
Date limite pour soumettre le reçu : 31 mars 2025



MARCH BREAK FONDS DE REMBOURSEMENT DE LA
REIMBURSEMENT FUND **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 :

dd/mm/yy –
jj/mm/aa

Primary Diagnosis:
Diagnostic Primaire

Parent /Guardian
Parent/tuteur :

Surname/Nom, First Name / Prénom

Date(s) Service
Provided:

From: dd/mm/yy
Du : ii/mm/aa

To: dd/mm/yy –
Au : jj/mm/aa

Date(s) de prestation
de services :

Amount Received:
Montant reçu :

\$

Date
Receive:
Date :

dd/mm/yy –
jj/mm/aa

Email / Adresse électronique

Worker
Travailleur

Street/Rue

Apt
App

City/Ville

Postal Code
Code postal

Telephone / Téléphone

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

Via Cheque / Par chèque

☐

Via INTERAC e-transfer

☐

Par virement électronique INTERAC

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 document 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 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

Veuillez 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

☐

AutismONTARIO