

RECEIPT / REÇU

Deadline to Submit Receipt – March 31, 2026
Date limite pour soumettre le reçu - 31 mars 2026

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



Child/Youth
Enfant/Jeune

Surname/Nom, First Name/Prénom

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
Date(s) de prestation
de services

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

To:
Au:
dd/mm/yy –
jj/mm/aa

Amount Received
Montant reçu

\$

Date:
Date:
dd/mm/yy –
jj/mm/aa

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

☐

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 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

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

Staff Use Only

New,
Diagnosis
Attached

☐

Diagnosis
on File

☐

Amount
Approved

☐

Authorized

☐