



## Formulaire de remboursement de dépenses

Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Nom installation :

Régime représentation :

Date AAAA-MM-JJ	Numéro usager	Type dépenses	Quantité	Précisions	Pièces justificatives jointes	Montant
<b>TOTAL</b>						

Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques.

**Doit être reçu par l'établissement au plus tard le 5 du mois**

Personne à contacter : Soucy, Karine

Numéro de téléphone : (418) 763-3325

Numéro de télécopieur : (418) 763-5631

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Légende :** Dépenses d'accompagnement ou de transport (précision)

1 = Urgence médicale

Important : les dépenses 2 à 5 doivent être préautorisées

2 = Rendez-vous chez un professionnel de la santé et des services sociaux

4 = Visite chez la famille biologique

3 = Domaine judiciaire

5 = Intégration ou maintien en milieu scolaire ou de travail