Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie
Québec

# FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT DE DÉPENSES

MOIS _____ ANNÉE _____

NOM DE LA RESSOURCE _____

ADRESSE _____

| DATE AAAA-MM-JJ | NUMÉRO D'USAGER | TYPE DE DÉPENSES | QUANTITÉ | PRÉCISIONS | PIÈCES JUSTIFICATIVES JOINTES | MONTANT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | **Total** | |

JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT VÉRIDIQUES.

SIGNATURE _____ DATE _____

Légende : Dépenses d'accompagnement ou de transport (précision)
1- Urgence médicale Important

Les dépenses de 2 à 5 doivent être préautorisées
2- Rendez-vous de suivi chez un professionnel de la santé ou des services Sociaux (ou inter-régional ou inter-MRC)
3- Domaine judiciaire
4- Visite chez la famille biologique
5- Intégration en milieu scolaire ou de travail

**DOIT ÊTRE REÇU PAR L'ÉTABLISSEMENT AU PLUS TARD LE 5 DU MOIS**

PERSONNE À CONTACTER : NATHALIE LAJOIE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : (418) 368-3301 POSTE 3162

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : (418) 368-7116

NATHALIE.LAJOIE.CISSSGASPESIE@SSSS.GOUV.QC.CA