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 : Nadia Levesque
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : 418 763-3325, poste 73254
NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : 418 763-5631
sirtf.jeunesse.cisssgaspesie@ssss.gouv.qc.ca