Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

Direction des programmes en déficience intellectuelle,
trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

PROGRAMME SOUTIEN À LA FAMILLE
CONFIRMATION DES SERVICES DE RÉPIT ET GARDIENNAGE SUBVENTIONNÉS

IDENTIFICATION DE L'USAGER (S'il vous plaît compléter les informations ci-dessous)
Nom : **Dossier : P0**
Prénom :
Adresse :
Laval (Québec) CODE POSTAL :
Téléphone :

SERVICES SUBVENTIONNÉS **20__-20__** à justifier :

Veuillez compléter ce document en guise de pièces justificatives et le CONSERVER dans vos dossiers pour consultation ultérieure. Le CISSS de Laval peut vous adresser, par écrit, la demande de justifier le montant de la subvention en présentant le document des pièces justificatives. **Il est à noter que tout montant inutilisé et non justifié devra être retourné au CISSS de Laval.**

Services de gardiennage

✓ **Veuillez inscrire le nombre d'heures et (ou) le nombre de jours payés.**

Exemple :

Semaine du :	Total des heures ou jours utilisés dans la semaine	Montant $ total payé	Signature
3 au 9 janvier 2024	5 heures	50$	**Mme Jaime Gardé**

Services de répit

✓ **Conserver et fournir, sur demande, les reçus originaux des services de répit suivants :**
- ✓ **Camp de jour et de séjour**
- ✓ **Activités spécialisées pour les personnes handicapées**
- ✓ **Journée ou fin de semaine de répit**

SERVICES DE GARDIENNAGE			
PÉRIODE DE RÉFÉRENCE: DU 1ER AVRIL 20__ AU 31 MARS 20__			
Semaine du	Total des heures ou jours utilisés dans la semaine	Montant ($) total payé	Signature

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

Direction des programmes en déficience intellectuelle,
trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

SERVICES DE GARDIENNAGE			
PÉRIODE DE RÉFÉRENCE: DU 1ER AVRIL 20__ AU 31 MARS 20__			
Semaine du	Total des heures ou jours utilisés dans la semaine	Montant ($) total payé	Signature

SERVICES DE RÉPIT		
PÉRIODE DE RÉFÉRENCE: DU 1ER AVRIL 20__ AU 31 MARS 20__		
Nom de la ressource	Montant payés	Reçu de paiement
		CONSERVER ET JOINDRE VOTRE REÇU DE PAIEMENT

Pour toute question, nous vous prions de contacter votre intervenant responsable au dossier.

Pour imprimer une autre copie, veuillez consulter le site lavalensanté.ca

- ✓ *Cliquer sur* ***:*** *Soins et services* / *Liste des soins et services* / **P –R /** *Programmes d'aide aux personnes handicapées et leur famille* / *Soutien à la famille* / Documentation / *Confirmation de services du programme soutien à la famille*