|  |
| --- |
|       |

#### *Programme pour nourrissons et tout-petits*

#### *Autorisation de remboursement de répit et facture*

|  |
| --- |
|  |
| **Section 1: General Information – to be Completed by Early Intervention Service Coordinator (EISC) and Parent/Guardian****Section 1 : Informations générales - à remplir par le coordonnateur des services d'intervention précoce (EISC) et le parent/tuteur** |
|  |
| Autoriser CDSA  |       | Adresse : |       |
| Adresse postale : |       |
|  |  |
| Nom de l’enfant : |       |       |     | Date de naissance : |       | HSIS ID # : |       |
|  | Nom de la famille | Prénom | Deuxième nom |  |  JJ/MM/ AAAA |
| Parent/tuteur autorisé pour le paiement : |       |       |     |  |
|  | Nom de la famille | Prénom | Deuxième nom |
| Téléphone du parent/tuteur : |       |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Adresse postale : |       |       |    |       |       |
|  | Rue | Ville | État | Code postal  | Comté de résidence |
|  |  |
| Nom du coordonnateur des services d’intervention précoce (EISC) :  |       |       | Téléphone du coordonnateur des services d’intervention précoce (EISC) : |       |
|  | Nom de la famille | Prénom |  |  |
| Date de début du plan de service familial individualisé (IFSP) |        | au :  |       | Date de fin | Numéro de résultat de l’IFSP : |    |
| (\*see instructions for date to use) | JJ/MM/ AAAA |  | JJ/MM/ AAAA  |  |  |  |
|  |
| **Section 2: Respite Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer****Section 2 : Approbation d’autorisation de répit - à remplir par EISC et approuvée par l’agent financier** |
|  | 5,00 $ | **x** |       | **=** |       |  |       | **=** |       |  |
|  | Base Rate / Taux de base | Annual Family Service Percentage / Pourcentage annuel de service familiale (AFSP)  |  | Family’s Hourly Rate / Taux horaire familial |  | Respite Hours Authorized / Heures de répit autorisées |  | Maximum Reimbursement / Remboursement maximal |  |
|       |  |       |
| Signature et date d’EISC  |  | Signature et date de l'agent financier  |
|  |
| **Section 3: Invoice for Respite Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian** **Section 3: Facture pour les services de répit– à remplir mensuellement par le parent/tuteur** |
| Pour obtenir un remboursement, remplissez toute la section 3 et soumettez ce formulaire à votre EISC au CDSA (adresse ci-dessus) **au plus tard le 20 du mois au cours duquel le service a eu lieu**. ***(Pour les services fournis après le 20, soumettez la facture le mois suivant.)*** Vous pouvez obtenir des formulaires supplémentaires auprès de votre EISC si nécessaire. |
| Nom du fournisseur de répit (veuillez écrire lisiblement en caractère d’imprimerie) | **Date de service** | **Date de début**(Entourez AM ou PM) | **Date de fin:**(Entourez AM ou PM) |
|       |       |       AM / PM |       AM / PM |
|       |       |       AM / PM |       AM / PM |
|       |       |       AM / PM |       AM / PM |
|       |       |       AM / PM |       AM / PM |
|       |       |       AM / PM |       AM / PM |
|       |       |       AM / PM |       AM / PM |
| **Je certifie que mon enfant a reçu des services de répit aux dates et heures ci-dessus.** |
|       |  |       |
| Signature du parent/tuteur |  | Date d’envoi à EISC pour remboursement  |
|  |
| **Section 4: Reimbursement Authorization – to be Completed by Finance Officer Section 4: Autorisation de remboursement – à remplir par le responsable de l'agent financier** |
|  |       | **x** |  | **=** | $       |  |       |
|  | Total Hours/ Heures totales |  | Hourly Rate / Taux horaire |  | Total Reimbursement / *remboursement total* |  | Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date / *Signature de l'agent financier autorisant le remboursement et date*  |