|  |  |
| --- | --- |
| *Programme pour nourrissons et tout-petits* |       |
| *La facture et l’autorisation de remboursement du transport*  |
|  |
| **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 : |       | HIS 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 tuteur/parent |       |  |
| 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: Travel Authorization Approval – to be Completed by EISC and Approved by Finance Officer** **Section 2: Approbation d'autorisation de transport - à remplir par EISC et approuvée par l'agent des finances** |
|  |       | **x** |       | **=** |       | **x** |       | **x** |     | **=**  |  $      |
|  | State Mileage Rate / Vitesse de kilomètre de l'État | Annual Family Service Percentage / Pourcentage de service familial annuel (AFSP) |  | Family’s Travel Rate / Vitesse de déplacement de la famille | Miles per Round Trip / Miles par aller-retour |  | # of Trips Authorized / # de déplacements autorisés | Maximum Reimbursement / Remboursement maximal |
|  | $      | **x** |       | **x** |       | **=** |  $      |  |
|  | Estimated Other Travel Expenses (bus, taxi, etc. / *Estimation des autres frais de transport (autobus, taxi, etc.) /* |  | AFSP | # of Trips Authorized / # de déplacements autorisés | Maximum Reimbursement / Remboursement maximal |  |
|       |  |       |
| Signature et date d’EISC  |  | Signature et Date de l’agent financier  |
|  |
| **Section 3: Invoice for Transportation Services – to be Completed Monthly by Parent/Guardian****Section 3: Facture pour les services de transport– 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. |
| **Date de transport** | Destination (Veuillez écrire lisiblement en caractère d’imprimerie). | Total des kilomètres parcourus ou le type de transport (reçu joint requis) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **Je certifie que mon enfant a reçu des services de transport 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** |
|  |  $      |  |  |       |
|  | Total Authorized Reimbursement / remboursement total |  | *Finance Officer Signature Authorizing Reimbursement and Date /* *Signature de l'agent financier autorisant le remboursement et date*  |