

# Autorisation de dépenses reliées à l'utilisateur et dépenses de transport

## FOURNISSEUR OU RESSOURCE À PAYER :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

## USAGER :

N°usager : **B** \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

## DÉPENSES :

Vêtements	<input type="checkbox"/>	Services professionnels	<input type="checkbox"/>	Lentilles ophtalmiques	<input type="checkbox"/>
Activités sportives et culturelles	<input type="checkbox"/>	Médicaments prescrits	<input type="checkbox"/>	Soins bucco-dentaires	<input type="checkbox"/>
Achats de livres, fournitures scolaires, activités parascolaires	<input type="checkbox"/>	Équipements spéciaux à des fins thérapeutiques	<input type="checkbox"/>	Déplacements	<input type="checkbox"/>
Frais de scolarité	<input type="checkbox"/>				

Autres types d'aides nécessaires aux activités quotidiennes : \_\_\_\_\_

**MONTANT TOTAL AUTORISÉ :** \_\_\_\_\_ \$

## TRANSPORT :

Raison du transport : \_\_\_\_\_  
Lieu de départ : \_\_\_\_\_  
Destination : \_\_\_\_\_  
Fréquence des transports : \_\_\_\_\_  
Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
(Année/mois/jour) (Année/mois/jour)

## COMMENTAIRES :

Service : \_\_\_\_\_ Nom du gestionnaire : \_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant(e): \_\_\_\_\_ Signature du gestionnaire : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(Année/mois/jour) (Année/mois/jour)