



## Formulaire de remboursement de dépenses

Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

N° ressource: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nom installation :

Régime représentation : LRR - Enfant

Date AAAA-MM-JJ	Numéro usager	Type dépenses	Quantité	Précisions	Pièces justificatives jointes	Montant
<b>TOTAL</b>						

Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Légende : Dépenses d'accompagnement ou de transport (précision)

1 = Urgence médicale

Important : les dépenses 2 à 5 doivent être préautorisées

2 = Rendez-vous chez un professionnel de la santé et des services sociaux

3 = Domaine judiciaire

4 = Visite chez la famille biologique

5 = Intégration ou maintien en milieu scolaire ou de travail

Doit être reçu par l'établissement dans les 5 jours  
suivants la fin du mois précédent

Personne à contacter : Encadrement RI-RTF

Courriel : 07\_cjo\_facturation\_rtf@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 819 771 2990 poste 2198

Télécopieur : 819 663 1157