Service qualité des milieux de vie RI-RTF-RPA-RHD
85 Rue Bellehumeur, suite 270
Gatineau, QC J8T 8B7

Formulaire de remboursement de dépenses

Mois : _____ Année : _____

Nom : _____ Nº ressource : _____

Adresse : _____

_____

Régime représentation : LRR-Enfant

Date AAAA-MM-JJ	Numéro Usager	Type dépenses	Quantité	Précisions	Pièces justificatives jointes	Montant
LES PHOTOCOPIES DES FACTURES ET DES PRÉAUTORISATIONS SONT ACCEPTÉES.					**TOTAL**	

Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques.

Signature : _____ **Date :** _____

Service qualité des milieux de vie RI-RTF-RPA-RHD
07_CISSSO_RI-RTF@ssss.gouv.qc.ca
Numéro de téléphone : (819) 966-6579
Numéro de télécopieur : (819) 966-6573

Légende : Dépense d'accompagnement ou de transport (précision)
1 = Urgence médicale
Important : les dépenses 3 à 5 doivent être préautorisées
2 = Rendez-vous chez un professionnel de la santé et des services sociaux
3 = Domaine judiciaire
4 = Visite chez famille biologique
5 = Intégration, ou maintien au milieu scolaire ou de travail