

## Formulaire de remboursement de dépenses

Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Nom de la ressource: \_\_\_\_\_

Numéro 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 : \_\_\_\_\_

**Doit être reçu par l'établissement au plus tard le 5 du mois**

Personne à contacter : Chantal 61221 Johanne 61226  
rtf.jeunesse.cisssca@ssss.gou

Numéro de téléphone : v.qc.ca  
(418) 837-9331

Numéro de télécopieur (418) 835-6166

**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

4 = Visite chez la famille biologique

3 = Domaine judiciaire