

# RECEIPT / REÇU

Deadline to Submit Receipt - March 31, 2014  
Date limite pour soumettre le reçu : 31 Mars 2014



**MARCH BREAK** 2014 FONDS DE REMBOURSEMENT DE LA  
REIMBURSEMENT FUND **SEMAINE DE RELÂCHE**

Child/Youth:   
Enfant/Jeune :

*Surname/Nom, First Name/Prénom*

Note: One receipt per child / Note : un reçu par enfant

Application  
Number   
No. du  
demande :

Parent/Guardian:   
Parent/Tuteur :

*Surname/Nom, First Name/Prénom*

Date(s) Service Provided: **From:**    **To:**     
**Du :**    **Au :**     
*Day Month Year Day Month Year*  
*Jour Mois Année Jour Mois Année*

Date(s) de prestation de services : **From:**    **To:**     
**Du :**    **Au :**     
*Day Month Year Day Month Year*  
*Jour Mois Année Jour Mois Année*

**Note:** You do not need to use this receipt form if your worker has provided you with a completed receipt that contains all the required information for reimbursement.

**Note :** Il n'est pas nécessaire d'utiliser ce formulaire si votre travailleur de soutien individuel vous a déjà remis un reçu dûment rempli contenant tous les renseignements exigés pour le remboursement.

Amount Received:  \$ **Date Received:**     
Montant reçu :  \$ **Date :**     
*Day Month Year*  
*Jour Mois Année*

Worker/Program   
Travailleur/Programme

Street/Rue  Apt   
App

City/Ville  Postal Code   
Code postal

Telephone/Téléphone

Email/Adresse électronique

By signing I am acknowledging the release of liability above and I am certifying that the information provided in this application is true, correct and complete to the best of my ability.

J'ai pris connaissance du dégageant de responsabilité ci-dessus et j'affirme que les informations fournies dans la présente demande sont véridiques, exactes et complètes. En foi de quoi, j'ai signé :

Worker/ Program Representative Signature:  
Signature du travailleur/Responsable du programme : \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature:  
Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

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

Mail all items to:  
Autism Ontario, ATTN: Ginny Kontosic,  
1179 King Street West, Suite 004, Toronto, ON M6K 3C5  
Telephone: 416-246-9592 x 225 Fax: 416-246-9417  
ginny@autismontario.com

Veillez envoyer le tout par la poste à l'attention de  
Ginny Kontosic : Autisme Ontario,  
1179, rue King Ouest, bureau 004, Toronto (Ontario). M6K 3C5  
Téléphone : 416-246-9592, poste 225, Télécopieur : 416-246-9417  
ginny@autismontario.com

## STAFF USE ONLY

New,  Diagnosis Attached  Diagnosis On File  Amount Approved  Authorized