

**À l’usage du bureau/Office Use**

**DD**

**Other**

**Facture**

# Veuillez envoyer les factures par courriel à [hssinfo@cwsds.ca](mailto:hssinfo@cwsds.ca)

53 Bond Street, Oakville, ON L6K 1L8 Tél. : 905 844-7864, poste 434/334

Télécopieur : 905 849-6980

Courriel : [hssinfo@cwsds.ca](mailto:hssinfo@cwsds.ca)

Numéro sans frais : 1 800 600-2013

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAYABLE À : Parent Préposé/prestataire de service** | | | | **Pour que le paiement soit effectué, la facture doit être** | | | |
| **NOM DE LA PERSONNE :** | | | | **signée par le parent/tuteur et le préposé.** | | | |
| **NOM DU PARENT/TUTEUR :**  *En lettres moulées* | | | | **PRÉPOSÉ/PRESTATAIRE DE SERVICE**  *En lettres moulées* | | | |
| **ADRESSE :** | | | | **TÉLÉPHONE :** | | | |
| **LE PAIEMENT DOIT PROVENIR DES FONDS SUIVANTS :** | | | | | | **ÂGE DE LA PERSONNE** | |
| **SERVICES PARTICULIERS À DOMICILE** | **FONDS DE RELÈVE SSH**  **Soutien à domicile**  **Soutien au domicile du préposé** | | | **AUTRE** | **PASSEPORT/ RPDG** | **ENFANT (0 à 18 ans)**  **ADULTE (plus de 18 ans)** | |
| **DATES TRAVAILLÉES** | **Nbre D’HEURES TRAVAILLÉES** | **TAUX DE RÉMUNÉ-RATION** | **TOTAL PARTIEL** | **DATES TRAVAILLÉES** | **Nbre D’HEURES TRAVAILLÉES** | **TAUX DE RÉMUNÉ-RATION** | **TOTAL PARTIEL** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Total (taux horaire ou journalier)**  **X =**  **Nbre d’heures/jours Taux de rémunération TOTAL** | | | |
|  |  |  |  |
| **Je confirme que Ies renseignements ci-dessus et la rémunération du préposé/fournisseur de services respectent les conditions dans lesquelles ce financement est approuvé.**  **X X**  **Signature du parent/tuteur Date Préposé/fournisseur de services** | | | | | | | |
| **À L’USAGE DU BUREAU/*FOR OFFICE USE ONLY***  **Checked By: GL Code:** | | | | |  | | |

53 Bond Street, Oakville, ON L6K 1L8  
Tél. : 905 844-7864, poste 434/334

Téléc. : 905 849-6980

Courriel : [hssinfo@cwsds.ca](mailto:hssinfo@cwsds.ca)

Numéro sans frais : 1 800 600-2013

**PAYÉ**

# Rétroaction de la famille

Avez-vous déjà consulté le site Web [www.respiteservices.com](http://www.respiteservices.com/)? **Oui Non**

Pour trouver un préposé? **Oui Non**

Pour recueillir des renseignements sur les programmes? **Oui Non**

Dans l'ensemble, quel genre d'expérience ce soutien a-t-il été pour vous et votre famille?

# Satisfaisant Moyennement satisfaisant Insatisfaisant

Pensez-vous que les ressources sont adaptées pour utiliser l'aide que vous recevez?

# Satisfaisant Moyennement satisfaisant Insatisfaisant

**RÉTROACTION DU PRÉPOSÉ**

Obtenez-vous de l'information adéquate pour fournir un appui à la personne avec qui vous travaillez?

# Très satisfaisant Satisfaisant Insatisfaisant

Est-ce que vous fourniriez de nouveau un soutien à cette personne? **Oui Non**

Commentaires/questions ou informations que vous souhaitez partager

# Remarque : vous pouvez adresser d’autres observations par courriel à [hssinfo@cwsds.ca](mailto:hssinfo@cwsds.ca)

Pour qu'un paiement soit pris en considération, toutes les factures doivent être reçues avant la « date limite de facturation ».

# Relève

Les factures doivent être reçues sept (7) jours ouvrables avant la date de dépôt direct.  
Les dates de dépôt direct tombent le 5 et le 21 de chaque mois.

**SPAD** Prière de consulter l'échéancier fourni au parent/tuteur ou contactez le bureau pour obtenir l'échéancier.