

FORMULAIRE DE FACTURATION D'ACHATS DE SERVICES DANS LE CADRE DU PROGRAMME PASSPORT

Télécopieur: 1(416) 943-6293 ou 1(855) 814-2403 si en dehors de la région du Grand Toronto

Courriel: invoices@familyservicetoronto.org

	Nom du client
Renseignements sur le bénéficiaire	
Nom	
Adresse	
N° de téléphone	

Les renseignements de cette section seront automatiquement remplis une fois que nous aurons reçu votre chèque annulé ou votre formulaire de dépôt direct.

Nous vous encourageons à soumettre vos réclamations par voie électronique via l'une des deux options gratuites de dépôt électronique, veuillez visiter <https://passportfunding.ca/fr/filing-claims> pour plus d'informations sur la façon d'enregistrer un compte et de commencer à soumettre vos réclamations en ligne.

DIRECTIVES:

- Veuillez remplir et renvoyer ce formulaire afin d'obtenir un remboursement pour les frais admissibles.
- Utilisez toujours cette page comme la première page de votre soumission.
- Les reçus/factures officiels sont requis pour le remboursement.
- Les formulaires incomplets ne seront pas traités et cela retardera le paiement
- Si vous avez des questions sur une facture, sur la procédure de paiement, ou si vous avez besoin de soutien, veuillez contacter votre organisme local offrant le programme Passeport ou visiter <https://passportfunding.ca/fr/>.
- Certaines catégories de dépenses sont assujetties à un montant de remboursement annuel maximal. Pour plus d'informations, veuillez consulter les lignes directrices du programme Passeport.
- Remplissez clairement le formulaire en lettres moulées. Utilisez le format aaaa-mm-jj pour les dates. Si le service est un événement d'une journée, écrivez la même date de début et la même date de fin.

EXEMPLE:

Type de service (4-10)	Nom du fournisseur de services	Numéro de facture / reçu	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Montant	Hors de la province (O ou N)
5	RÉSEAU DE SERVICES À LA PERSONNE	0032345	2022-10-13	2022-11-03	\$1103.30	N
8	SERVICES DE RETRAITE SAINES	AB334	2022-08-15	2022-08-15	\$325.00	Y

Écrivez clairement en lettres moulées

Pour un événement d'une journée, indiquez la même date de début et de fin

NOMBRE TOTAL DE REÇUS/FACTURES

18

MONTANT TOTAL DES REÇUS/FACTURES

5,474.30 \$

PERSONNE QUI GERE LES FONDS

Nom	
En signant ce formulaire, je reconnais que :	
<ul style="list-style-type: none"> • J'ai signé une entente de service dans le cadre du programme Passeport • Je n'ai pas soumis au préalable les dépenses ci-jointes • Les dépenses ci-jointes sont conformes aux lignes directrices émises par le programme Passeport du MSESSC 	
Signature de la personne qui gère les fonds	Date (aaaa-mm-jj)
	- -

La personne qui gère le financement (la personne qui a signé l'entente de services) **doit écrire son nom en caractères d'imprimerie**, en plus de **signer** et de **dater** cette section pour chaque demande.

Code client		Cette section sera automatiquement remplie.
Nom du client		

Veillez fournir des renseignements détaillés sur les factures/reçus dans les tableaux suivants :

HEURES TRAVAILLÉES PAR LE TRAVAILLEUR DE SOUTIEN

Veillez remplir un Formulaire de facturation d'achats de services dans le cadre du programme Passeport pour chaque travailleur. Veillez préciser le type de service 1, 2 ou 3 (voir ci-après).

1. Soutien à la participation communautaire et activités de la vie quotidienne
2. Éducation, par ex. mentorat, formation personnelle, développement des habiletés de base, encadrement professionnel
3. Service de répit : répit à domicile

Type de service (1-3)	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Heures	Taux horaire	Montant	Hors de la province (O ou N)
1	2023 - 04 - 01	2023 - 04 - 30	8 hr	18 \$	144 \$	N
2	2023 - 05 - 01	2023 - 05 - 31	10 hr	18 \$	180 \$	N
3	2023 - 06 - 01	2023 - 06 - 30	hr	TAUX FIXE \$	90 \$	N
Sélectionnez un type de service, saisissez les dates (au format aaaa-mm-jj), les heures, les tarifs et les montants. Inscrivez « O » (Oui) dans « Hors de la province » (À l'extérieur de la province) si le soutien a eu lieu dans une autre province ou un autre pays, sinon inscrivez « N » (Non).			heure	\$	\$	
			heure	\$	\$	
			heure	\$	\$	
			Sous-total		414 \$	

KILOMÉTRAGE

Kilométrage fourni au bénéficiaire du programme Passeport pour assister aux activités admissibles selon les directives Passeport.

Veillez entrer les dates de début et de fin, la distance parcourue, le taux et le montant.

	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Distance (km)	Taux	Montant	Hors de la province (O ou N)	
Kilométrage	2023 - 04 - 01	2023 - 04 - 30	100 km	0.50 \$	50 \$	N	
Kilométrage	2023 - 05 - 01	2023 - 05 - 01	km	TAUX FIXE \$	100 \$	N	
Kilométrage	Les frais de trajet admissibles pour les bénéficiaires, les soignants et les travailleurs de soutien doivent inclure les dates, les kilomètres parcourus et le tarif. Si une personne demande un taux fixe, veuillez indiquer « Taux fixe » (Taux fixe) dans la section du taux et le montant.			km	\$	\$	
Kilométrage				km	\$	\$	
Kilométrage				km	\$	\$	
Sous-total				150 \$			

TRAVAILLEUR DE SOUTIEN/DU FOURNISSEUR DE SERVICES

Nom	
Signature	
En signant cette facture, je confirme avoir fourni les services décrits ci-dessus.	Date (aaaa-mm-jj)

La personne qui demande des heures de préposé aux services de soutien et/ou des frais de trajet doit inscrire son nom en caractères d'imprimerie, en plus de signer et de dater cette section. Un formulaire est nécessaire pour chaque personne présentant une demande de remboursement.

Code client	
Nom du client	

Cette section sera automatiquement remplie.

Veillez fournir des renseignements détaillés sur les factures/reçus dans les tableaux suivants :

BILLETS POUR EVENEMENTS EN DIRECT

Billets achetés pour regarder des événements en direct (cela inclut les évènements en personne et virtuels).

Veillez utiliser une ligne par facture/reçu. Spécifiez la catégorie comme ci-dessous :

- | | |
|------------------------|--|
| A. Événements musicaux | C. Théâtre, spectacles ou comédies musicales |
| B. Événements sportifs | D. Autres divertissements en direct |

Veillez remplir une ligne par événement. Si la réclamation concerne un forfait d'abonnement pour des événements en direct, veuillez utiliser le type de service 6 dans la section Participation Communautaire.

Catégorie (A-D)	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Nombre de billets	Coût par billet	Montant	Hors de la province (O ou N)
A	2023 - 04 - 10	2023 - 04 - 10	2	100 \$	200 \$	N
	- -	- -		\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
Sous-total					200 \$	

Sélectionnez une catégorie d'événement, entrez la date de l'événement, le nombre de billets achetés, le coût par billet (un maximum de 150 \$ sera remboursé par billet et par personne) et le montant total. Si une demande de remboursement figure dans cette section, vous devez y joindre toutes les factures et tous les reçus officiels.

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Veillez utiliser une ligne par facture/reçu. Veuillez préciser le type de service de 4 à 10 (voir ci-après).

- | | |
|---|---|
| 4. Activités communautaires, par ex. participation à des activités sportives/récréatives, musées, entrées au parc, bowling, billets de cinéma, etc. | 8. Service de répit hors du domicile |
| 5. Programmes de jour, par ex. programmes offerts par l'organisme, cours, formation, ateliers, préparation de C.V. et examens/permis | 9. Transport fourni par l'organisme, taxis, stationnement, transport en commun (non annuel) |
| 6. Abonnement/forfait d'abonnement pour un événement en direct | 10. Laissez-passer annuel pour le transport en commun |
| 7. Camps | |

Type de service (4-10)	Nom du fournisseur de services	Numéro de facture / reçu	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Montant	Hors de la province (O ou N)
4	BOWLING	234567	2023 - 06 - 18	2023 - 06 - 18	50 \$	N
5	LE PROGRAMME PADDLE - PROGRAMME DE JOUR	123456	2023 - 05 - 01	2023 - 05 - 31	800 \$	N
6	ADHÉSION AU YMCA	567890	2023 - 01 - 01	2023 - 01 - 31	48.75 \$	N
9	SUPERIOR ACCESSIBLE TAXI	246810	2023 - 04 - 01	2023 - 04 - 01	30 \$	N
			- -	- -	\$	
			- -	- -	\$	
			- -	- -	\$	
Sous-total					928.75 \$	

Si une demande de remboursement figure dans cette section, vous devez y joindre toutes les factures et tous les reçus officiels.

Code client		Cette section sera automatiquement remplie.
Nom du client		

Veuillez fournir des renseignements détaillés sur les factures/reçus dans les tableaux suivants :

FOURNITURES ET EQUIPEMENTS

Veuillez utiliser une ligne par facture/reçu. Spécifiez la catégorie comme ci-dessous:

- A. Outils et jouets sensoriels
- B. Équipement de protection individuelle
- C. Équipement de conditionnement physique personnel
- D. Activité/Passe-temps/Fournitures et équipements de loisirs
- E. Autre

Catégorie (A-E)	Nom du fournisseur	Numéro de facture / reçu	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Montant
B	WALMART	12344	2023 - 06 - 18	2023 - 06 - 18	100 \$
C	CANADIAN TIRE	24597	2023 - 06 - 18	2023 - 06 - 18	150 \$
			- -	- -	\$
				- -	\$
				- -	\$
				- -	\$
Sous-total					250 \$

Sélectionnez une catégorie d'achat, saisissez le nom du fournisseur, le numéro de la facture, la date d'achat et le montant. Si une demande de remboursement figure dans cette section, vous devez y joindre toutes les factures et tous les reçus officiels. Les articles achetés en ligne doivent comporter la date de livraison sur la facture ou le reçu. Le montant maximum du remboursement annuel est de 2 000 \$ par exercice financier pour les articles de cette catégorie.

TECHNOLOGIE

Veuillez utiliser une ligne par facture/reçu. Spécifiez la catégorie comme ci-dessous:

- A. Ordinateurs, ordinateurs portables, tablettes et accessoires connexes
- B. Cellulaires et forfaits téléphoniques
- C. Services technologiques (par exemple, Internet à domicile, application mobile, logiciels et garanties, etc.)
- D. Autres articles matériels/électroniques
- E. Autres services

Catégorie (A-E)	Nom du fournisseur	Numéro de facture / reçu	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Montant
A	BEST BUY	12344	2023 - 06 - 01	2023 - 06 - 01	300 \$
B	BELL	24597	2023 - 06 - 01	2023 - 06 - 30	80 \$
			- -	- -	\$
				- -	\$
				- -	\$
				- -	\$
				- -	\$
Sous-total					380 \$

Sélectionnez une catégorie d'achat, saisissez le nom du fournisseur, le numéro de la facture, la date d'achat et le montant. Si une demande de remboursement figure dans cette section, vous devez y joindre toutes les factures et tous les reçus officiels. Par exemple, les factures de téléphone et d'Internet doivent inclure toutes les pages. Les articles achetés en ligne doivent comporter la date de livraison sur la facture ou le reçu. Le montant maximum du remboursement annuel est de 3 000 \$ par exercice financier pour les articles de cette catégorie.

Code client		Cette section sera automatiquement remplie.
Nom du client		

Veillez fournir des renseignements détaillés sur les factures/reçus dans les tableaux suivants :

DÉPENSES DU TRAVAILLEUR DE SOUTIEN

Veillez utiliser une ligne par facture/reçu. Veuillez préciser le type de service de 11 à 12 (voir ci-après):

- 11. Frais de déplacement du travailleur de soutien accompagnant le client lors des voyages et des vacances
- 12. Repas du travailleur de soutien

Type de service (11-12)	Nom du fournisseur de services	Numéro de facture / reçu	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Montant	Hors de la province (O ou N)
11	MARRIOTT HOTEL	1234587	2023 - 05 - 17	2023 - 05 - 17	150 \$	Y
12	TIM HORTONS	N/A	2023 - 05 - 17	2023 - 05 - 17	4.55 \$	Y
			- -	- -	\$	
			- -	- -	\$	
			- -	- -	\$	
			- -	- -	\$	
Sous-total					154.55 \$	

Si une demande de remboursement figure dans cette section, vous devez y joindre toutes les factures et tous les reçus officiels. Les demandes de remboursement de frais de trajet du préposé aux services de soutien doivent figurer à la page 2.

AUTRES DÉPENSES

Veillez utiliser une ligne par facture/reçu.

	Nom du fournisseur de services	Numéro de facture / reçu	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Montant	Hors de la province (O ou N)
OTHER			- -	- -	\$	
OTHER			- -	- -	\$	
OTHER			- -	- -	\$	
Sous-total					\$	

Si une demande de remboursement figure dans cette section, vous devez y joindre toutes les factures et tous les reçus officiels.

PLANIFICATION GÉRÉE PAR LA PERSONNE

	Nom du fournisseur de services	Numéro de facture / reçu	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Montant	Hors de la province (O ou N)
PDP	AGENCE ABC	045678	2023 - 04 - 01	2024 - 03 - 31	2,500 \$	N
Sous-total					2,500 \$	

Si une demande de remboursement figure dans cette section, vous devez y joindre toutes les factures et tous les reçus officiels. Le PDP peut représenter un maximum de 2 500 \$ de votre financement annuel.

ADMINISTRATION

	Nom du fournisseur de services	Numéro de facture / reçu	Date de début (aaaa-mm-jj)	Date de fin (aaaa-mm-jj)	Montant	Hors de la province (O ou N)
Admin	AGENCE XYZ		2023 - 04 - 01	2024 - 03 - 31	497 \$	N
Sous-total					\$	

Les frais de gestion peuvent s'élever à un maximum de 10 % de votre financement annuel.