***Deadline to submit recipts: September 15, 2023***
***Date limite pour soumettre le reçu : 15 septembre 2023***

**ONE-TO-ONE SUMMER SUPPORT WORKER** REIMBURSEMENT FUND

FONDS DE REMBOURSEMENT DES **TRAVAILLEURS DE SOUTIEN INDIVIDUEL POUR L'ÉTÉ**

Child/Youth: Enfant/Jeune :

*Surname/Nom, First Name/Prénom*

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

Application ID: Identifiant de demande :

Birth date: Date de naissance : Day Jour / Month Mois / Year Année

Primary Diagnosis: Diagnostic Primaire :

Parent: Parent :

Surname/Nom, First Name/Prénom

*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.*

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

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

Amount Received: Montant reçu : $

Date Received: Date : Day Jour / Month Mois / Year Année

Worker Travailleur

Street/Rue

Apt App

City/Ville Telephone/

Postal Code Code postal

Téléphone

Email/Adresse électronique

***How Would You Like to be Reimbursed? / Comment aimeriez-vous obtenir votre remboursement?***

*Via Cheque / Par chèque* ☐

*Via INTERAC e-transfer* ☐ → *Please provide the email address for the e-transfer*
*Indiquez l'adresse courriel de virement 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 dégagement 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 : _____

***Email Recipt Form to:***
*ginny@autismontario.com*
*Autism Ontario*
*Attn: Ginny Kontosic*
*Tel: 416-246-9592*
*Fax: 416-46-9417*

***Veuillez envoyer le formulaire de reçu par** courriel à l'attention de*
*ginny@autismontario.com*
*Autisme Ontario*
*ATTN: Ginny Kontosic,*
*Téléphone : 416-246-9592, poste 225,*
*Télécopieur : 416-246-9417*

**STAFF USE ONLY**

New, Diagnosis Attached ☐ | Diagnosis On File ☐ | Amount Approved | Authorized