**DEMANDE DE PRESTATIONS**

**À SOUMETTRE AU CHARGÉ DE CAS/REPRÉSENTANT(E) DES SERVICES D’EMPLOIS**

**Les demandes de prestations pour :**

**DÉPENSES LIÉES À L’EMPLOI OU AUX ÉTUDES, PRESTATIONS POUR EMPLOI À PLEIN TEMPS**

**PRESTATION TRANSITOIRE POUR ENFANT (demandes ultérieures seulement)**

**PRESTATIONS DISCRÉTIONNAIRES DE SANTÉ**

**AUTRE PRESTATION DISCRÉTIONNAIRE APPROUVÉE PAR LE DIRECTEUR – Remplacement de pièce d’identité**

**AUTRE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM :** | **NAS :** | **No de téléphone :** | **NOM DU (DE LA) CHARGÉ(E) DE CAS :** |
|  | | | |

|  |
| --- |
| **EXPLIQUEZ EN DÉTAIL LA RAISON POUR LAQUELLE VOUS DEMANDEZ CES PRESTATIONS :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Frais demandés pour** | **Coût** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS** | **$** |

**VEUILLEZ FOURNIR LES INFORMATIONS SUIVANTES POUR FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATION D’EMPLOI  OU DE PRESTATION POUR EMPLOI À TEMPS PLEIN**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Nom de l’employeur:** | **Adresse:** |
| **Titre du poste:** | **Heures par semaine:** |
| **Date de début:** | **Première date de paie:** |

**DEMANDE DE FRAIS DE DÉPLACEMENT ET DE TRANSPORT POUR PARTICIPER À DES ACTIVITÉS CONVENUES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Kilométrage Aller** | **Kilométrage Aller-Retour** | **Raison du rendez-vous** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Signature du client** |  | **Date** |

*Tous reçus doivent être soumis à votre gestionnaire de cas  dans les 30 jours de la date que  les prestations ont été délivrées. Si non, un paiement excédentaire peut être crée.*

*Dernière mise à jour août 2018*