District of Nipissing Social Services Administration Board

Conseil d'administration des services sociaux du district de Nipissing

Demande de prestations

Renseignements sur le participant ou la participante

Nom : _____

Date de naissance : _____

Téléphone : _____

Gestionnaire de cas : _____

Détails de la demande

(Vous devez fournir des estimations de prix pour les demandes de soins de la vue et de soins dentaires)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Montant total demandé : _____

Vous devez fournir des reçus dans les 10 jours ouvrables pour toutes les prestations accordées.

Signature : _____

Date : _____