DEMANDE DE RÉCLAMATION: SOUTIEN À LA FAMILLE

Territoires : ARG ☐ LDM ☐ TDB ☐ SJE ☐ NORD ☐

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

S.V.P. VEUILLEZ RETOURNER LE DOCUMENT, avec factures ou reçus si nécessaires, à l'attention de
Responsable du SAF (DIMOS)
29, chemin d'Oka, Saint-Eustache (Québec) J7R 1K6
ou par courriel à : saf.cissslau@ssss.gouv.qc.ca ou par fax au 450 491-6134

SECTION À COMPLÉTER PAR LE CLIENT

Nom de l'enfant ou adulte recevant le service : _____ Tél. : _____
(nom à la naissance, prénom)

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date du service	**Montant versé pour répit/gardiennage**	**Signature des personnes donnant le service**
Montant total réclamé :		***Date :***
SIGNATURE DU RÉPONDANT :		

ÉMETTRE LE CHÈQUE À L'ATTENTION DE : _____
(veuillez s.v.p. inscrire en lettres moulées)

☐ **Répondant** ☐ **Organisme donnant le service**

Si vous désirez le dépôt direct dans votre compte bancaire, svp joindre un spécimen de chèque et inclure votre adresse courriel, qui est obligatoire au dépôt : _____