

No de dossier: _____

FORMULAIRE TRANSFERT DE L'ALLOCATION DE DEPENSES PERSONNELLES (ADP)

Date: _____

Payable à l'ordre de:			
Adresse:			
Ville / Province:		Code postal:	
Adresse courriel:		Téléphone:	
Ancien établissement:		No contrat:	

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

ATTENTION: LE MONTANT MAXIMUM DE TRANSFERT VERS UNE AUTRE RESSOURCE EST FIXÉ À 500 \$

Demande effectuée par: intervenant social	_____	Poste tél.:	_____
	LETTRES MOULÉES S.V.P.		
Autorisé par:	_____	Programme / Service:	_____
	LETTRES MOULÉES S.V.P.		
Signature du gestionnaire:	_____	Date:	_____

Transmission du chèque:

Par la poste

Courrier interne

Autres: _____

Adresse complète de l'installation _____

Transmettre ce formulaire dûment rempli et signé par courriel à l'adresse suivante: contribution.parentale.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

- 1) Nom et Prénom;
 - 2) Numéro de dossier de l'enfant;
 - 3) Date de naissance;
 - 4) Nous désirons transférer son ADP dans la nouvelle ressource identifiée ci-dessus;
- Ou**
- 4) L'enfant est arrivé à majorité, nous désirons transférer l'ADP à l'enfant.