NOVA SCOTIA
NOUVELLE-ÉCOSSE

Formulaire de réception du financement direct

Nom du bénéficiaire	Mandataire spécial (s'il y a lieu)
Adresse du bénéficiaire	Responsable des soins (si désigné)

Date	Description du service (p. ex., préparation de repas)	Coût du service

TOTAL _____

Fournisseur de services, veuillez confirmer (si vous ne fournissez pas de reçus séparés) :

- ❑ J'ai fourni des services et j'ai reçu le montant indiqué ci-dessus.

_____ _____

Signature du fournisseur de services | Date

Bénéficiaire ou mandataire spécial/responsable des soins (s'il y a lieu), veuillez confirmer :

- ❑ J'ai payé les services ci-dessus.
- ❑ J'ai joint les reçus pour confirmer que les services ont été entièrement payés.

_____ _____

Signature du bénéficiaire ou du mandataire spécial/responsable des soins (s'il y a lieu) | Date

Veuillez envoyer le présent formulaire accompagné des pièces justificatives à l'adresse indiquée ci-dessous :

Santé N.-É., agent Home First/IADL, Soins continus, Hôpital régional Cape Breton,
1482 rue George, Sydney (N.-É.) B1P 1P3
HomeFirstIADLClerk@nshealth.ca 1-800-225-7225