

Programme Passeport de l'Ontario

Formulaire de renseignements sur le Travailleur de Soutien

<input type="checkbox"/>	Nouveau dossier
<input type="checkbox"/>	Mise à jour



Date d'entrée en vigueur : _____

Renseignements sur le client :

Nom :	
Code client :	

Renseignements sur le Travailleur de Soutien :

Nom :	
Lien avec le client :	
N° de téléphone au domicile :	
N° de téléphone cellulaire :	
Adresse :	
Adresse courriel :	

Agissez-vous actuellement à titre de Travailleur de Soutien pour un autre client du programme Passeport? (Oui/Non) : _____

<input type="checkbox"/>	Je confirme que je ne suis pas le fournisseur de soins principal ou le parent du client
<input type="checkbox"/>	Je confirme que je ne suis pas un bénéficiaire pour le client
<input type="checkbox"/>	Je confirme que je suis âgé d'au moins 18 ans

Je comprends que l'organisme du programme Passeport peut me contacter en tout temps en vue d'obtenir des précisions quant aux services/soutiens fournis au client susmentionné.

Signature du Travailleur de Soutien

Date

Autorisation du Gestionnaire des fonds:

Je confirme que le travailleur de soutien susmentionné fournit des services/soutiens au client susmentionné.

Prénom et nom du Gestionnaire des fonds (veuillez écrire en caractère d'imprimerie)

Signature du Gestionnaire des fonds

Date