

Réservé à l'administration de la fondation

Montant autorisé:	
Signature autorisée:	Date:

1. Renseignements sur l'utilisateur

Nom de l'utilisateur:	Date de naissance
Nom de la maladie Neuromusculaire:	

2. Destinataire du chèque

Choix (cocher un seul)

☐ Fournisseur ☐ Centre de réadaptation

Nom:	Adresse:
------	----------

3. Organisme faisant la demande

Nom de l'organisme:	Personne contact:
Téléphone du contact:	Courriel du contact:

4. Nature de la demande

Description:
Montant demandé:

5. Clause de confidentialité

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont collectés conformément à la Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels (Loi 25). Ils sont utilisés uniquement aux fins du traitement de votre demande et pour assurer le suivi nécessaire de votre dossier. Seul le personnel autorisé aura accès à ces informations. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de retrait du consentement concernant vos renseignements personnels. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative à la protection de vos données, veuillez contacter la personne responsable de la protection des renseignements personnels de notre organisation.

Signature du travailleur(se) social(e):	Date:
---	-------