Informations concernant la participation des familles aux frais

Nom :

Date de naissance :

Date :

Cher (Chère) _____,

Lors de notre dernière réunion le _____, nous avons discuté des frais mensuels de la
(Date)
Participation des familles aux coûts des services “First Steps”. Afin de calculer vos frais mensuels, il me faut immédiatement la documentation des renseignements suivants :

- ☐ Taille du ménage et Documentation relative aux revenus (formulaire inclus)
- ☐ Documents Medicaid (formulaire inclus)
- ☐ Documents de l'assurance privée (formulaire inclus)

Il me faut les renseignements requis d’ici _____. Sinon, le tarif mensuel est fixé au
(Date)
montant maximum autorisé de 100 $ par mois.

Vous pouvez m’envoyer vos renseignements à : _____ ou
(E-mail)
_____.
(Adresse)

Si vous rencontrez des difficultés à m’envoyer les renseignements, veuillez m’appeler au
_____ et je serai ravi de vous aider.
(Numéro de téléphone)

N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions ou avez besoin d'aide.

Très cordialement,

Coordinateur des services

Pièces jointes : Politique du système de paiements
Grille tarifaire pour la participation des familles aux coûts