



Coopérative de services à domicile
Lac-Saint-Jean-Est

FRAIS DE DÉPLACEMENTS

ACCOMPAGNEMENTS

IMPORTANT
Utilisez un formulaire par
client par période de paie.
Nous le retourner avec vos
relevés de temps.

NOM DE L'EMPLOYÉ : _____ # : _____

NOM DU CLIENT : _____ # : _____

| Date | Description du déplacement | Nb de km parcourus | Taux 0.50\$ | Montant qui sera sur la facture | Initiales du client |
|------|----------------------------|-----------------------|----------------|------------------------------------|------------------------|
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |
| / / | | | | | |

***Un minimum de \$10 sera chargé par déplacement**

Total: _____

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) : _____

SIGNATURE DU CLIENT : _____

*Prenez-note que seul l'accompagnement à l'épicerie, à la banque et à la pharmacie (ou rendez-vous médical) sont admissibles à l'aide financière (PEFSAD)