

Formulaire relatif aux services reçus d'un soignant non professionnel

Nom : _____ N° de réclamation : _____

Veillez remplir le tableau plus bas en indiquant les renseignements pour chaque reçu pour des services de soins à domicile obtenus d'un soignant non professionnel. Vous devez joindre tous vos reçus à ce formulaire afin d'être remboursé. Assurez-vous d'indiquer votre numéro de réclamation sur les reçus que vous recevrez de votre soignant non professionnel.

Les services de soins à domicile non professionnels sont des soins fournis par un préposé qui accomplit les tâches personnelles que la personne ne peut pas accomplir par elle-même.

Vous ne pouvez être remboursé des montants payés à un soignant que si ce soignant répond aux critères suivants :

- La personne n'est pas votre époux ou conjoint de fait.
- La personne avait au moins 18 ans lorsque les soins ont été fournis.

Date	Service offert	Nom du soignant	Montant
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
Total			\$

Veillez retourner le formulaire rempli (y compris les reçus) à la personne responsable de votre réclamation par le biais de Mes services ou par la poste à l'adresse suivante :

Travail sécuritaire NB
1, rue Portland
Case postale 160
Saint John NB E2L 3X9

J'atteste par les présentes que les renseignements donnés sont exacts, et que le soignant non professionnel n'est pas mon époux / conjoint de fait OU n'était pas âgé de moins de 18 ans lorsque les soins ont été fournis. Je reconnais que toute fausse demande de remboursement de dépenses constitue de la fraude et que Travail sécuritaire NB prendra les mesures qui s'imposent. J'ai indiqué mon numéro de réclamation sur chacun des reçus ci-joints.

Signature du client : _____ Date : _____