

This form must be received no later than ten (10) working days following the end of the billing period or payment may not be provided. / Le présent formulaire doit être reçu au plus tard dix (10) jours ouvrables après la fin de la période de facturation ou le versement risque de ne pas être effectué.

Note: For optimal use of this PDF form, download it to your digital device and complete it using Adobe Acrobat Reader or another Adobe Acrobat product. A free copy of Adobe Acrobat Reader can be downloaded at <https://get.adobe.com/reader/>.

Remarque : Pour accéder à la fonctionnalité complète de ce formulaire, téléchargez le fichier PDF dans votre appareil numérique et remplissez-le en utilisant Adobe Acrobat Reader ou un logiciel d'Adobe Acrobat. Vous pouvez télécharger le logiciel Adobe Acrobat Reader gratuitement à : <https://get.adobe.com/reader/>.

A • Facility Information / Renseignements sur l'établissement

Incorporated Name / Dénomination sociale Facility Number / Numéro de l'établissement

Address / Adresse

City or Town / Ville ou village

Postal Code / Code postal

B • Billing Period / Période de facturation

From / Du :

To / Au :

Days Open † / Jours d'ouverture †

In-Service Days /
Journées pédagogiques

† Days open per 4 week billing period including statutory holidays. /

† Jours d'ouverture par période de facturation de quatre semaines, y compris les jours fériés.

C • Staffing Grant Requested / Subvention de salaire demandée

Name of Child / Nom de l'enfant	Date of Current Individual Program Plan / Date du plan d'apprentissage individuel actuel	Date of Enrolment or Withdrawal (in this period) / Date d'inscription ou de retrait (pendant la période de facturation)	No. of Days Attended* / Jours de présence*		(A) Actual Inclusion Support Program Staff Hours / Heures travaillées dans le cadre du Programme de soutien à l'inclusion	(B) Approved Salary per Hour / Salaire approuvé par heure	(C) Total Salary / Salaire total (A x B)	(D) Employer Benefits In Dollars / Avantages sociaux payés par l'employeur (en dollars)	(E) Total / Total (C + D)
			Regular / Normaux	Variation / Variation					

*As requested on the staffing grant application. /

*Comme cela est demandé dans la demande de subvention de salaire

Grand Total /

Total général

D • Authorization / Autorisation

I hereby certify that the above information is accurate. /
Je déclare par la présente que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Director or Provider /
Directeur ou fournisseur

Date / Date

Email your completed form to elcc-isp@gov.mb.ca. Save a copy for your records. / Veuillez envoyer votre formulaire complété par courriel à elcc-isp@gov.mb.ca. Sauvegardez une copie pour vos dossiers.

E • FOR OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

I hereby certify that the above information is accurate. / Je déclare par la présente que les renseignements ci-dessus sont exacts

Inclusion Support Program Coordinator /
Coordonnateur du Programme de soutien à
l'inclusion

Date / Date

Inclusion Staffing Grant / Subvention de salaire-Inclusion

Cost Element / Élément de coût : 7211000

Vendor No. / N° de fournisseur

Order No. / N° de commande

Ref Doc. / Doc. de référence

Approval for Payment /
Approbation du paiement

Date / Date

Amount Payable by Province /
Montant payable par la province