

Services d'intégration communautaire des personnes handicapées

Divergence par rapport au plan financier

Date : _____
Participant : _____
Administrateur des services aux adultes : _____
Travailleur des services communautaires : _____
Fournisseur de services : _____
Date du plan financier proposé : _____
Montant de dépôt mensuel approuvé : _____
Commentaires :
Suivi exigé :