

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

*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. /
Veillez 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*