

Inclusion Support Program / Programme de soutien à l'inclusion

Staffing Grant Payment Form / Formulaire de versement de la subvention de salaire

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.

A • Facility Information / Renseignements sur l'établissement		B • Billing Period / Période de facturation	
Incorporated Name / Dénomination sociale	Facility Number / Numéro de l'établissement	From / Du :	To / Au :
Address / Adresse		Days Open † / Jours d'ouverture †	In-Service Days / Journées pédagogiques
City or Town / Ville ou village	Postal Code / Code postal	† 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 (if 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 horaire approuvé	(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					
								Grand Total Total général	

* As requested on the staffing grant application.
* Comme cela est demandé dans la demande de subvention de salaire

D • Authorization / Autorisation		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.		I hereby certify that the above information is accurate. / Je déclare par la présente que les renseignements ci-dessus sont exacts.		Child Care Coordinator / Coordonnateur des services de garderie		Date / Date
Director or Provider / Directeur ou fournisseur	Date / Date	Text / Texte Inclusion Staffing Grant / Subvention de salaire-Inclusion	Vendor No. / N° de fournisseur	Cost Element / Élément de coût 7211000	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	➤

Email your completed form to **your Child Care Coordinator**. Save a copy for your records.
Veuillez envoyer votre formule remplie par courriel à **votre Coordinateur des services de garderie** . Gardez une copie dans vos dossiers.