

No client : _____

Nom : _____

Prénom : _____

DÉPENSES AUTORISÉES POUR LE COMPTE EN FIDUCIE

Centre d'hébergement : _____

Je consens à ce que le montant que je vous confie en fiducie soit utilisé pour les dépenses suivantes :

☐ Besoins spéciaux (dentiste, lunettes, etc.)

☐ Service de coiffure

☐ Restaurants

☐ Retrait personnel par l'utilisateur jusqu'à un maximum de : _____ \$ par
_____/périodicité

☐ Soins de pieds

☐ Autres (spécifier) _____

Je m'engage à maintenir un montant suffisant pour couvrir les dépenses récurrentes

Signature de l'utilisateur ou répondant

Date (aa/mm/jj)

Nom en caractères d'imprimerie

Montant dépôt ouverture du compte : _____ \$

Mode de renflouement :

☐ Montant mensuel préautorisé : _____ \$ ☐ Chèque ☐ Comptant

Un relevé de compte vous sera envoyé aux trois mois.

SECTION RÉSERVÉE AUX COMPTES À RECEVOIR

MODIFICATIONS DES DÉPENSES AUTORISÉES OU MONTANT MENSUEL À PRÉLEVER

Modifications : _____

Date : _____