

Formulaire de frais de déplacement

Numéro de dossier à la CSIT :

Nom de famille :

Prénom :

Date du déplacement	Point de départ	Destination	Nom du fournisseur de soins	Nombre de kilomètres nécessaires pour l'aller-retour

Je déclare que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont véridiques et exacts. J'ai effectué le ou les déplacements indiqués et ils sont directement reliés à ma réclamation à la CSIT. Je comprends que le fait de fournir de faux renseignements est une infraction grave. Ce faisant, je commettrai une fraude en vertu de l'article 380 du Code criminel.

Signature : _____ Date : _____

Siège social : C.P. 8888 • Yellowknife, NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopieur sans frais : 1-866-277-3677

ou

C.P. 669 • Iqaluit, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501

www.wscn.nt.ca • www.wscn.nu.ca