Courtage de fonds - Réclamation du travailleur de soutien

citizen advocacy
parrainage civique

Nom du récipiendaire de fonds: _____
Addresse: _____

Autorisation des dépenses: (nom) _____
Numéro de téléphoner: _____
Courriel: _____

Travailleur de soutien: _____
Numéro de téléphone: _____
Courriel : _____

Informations pour paiement:
____ Arrangement dépot directe
____ Chèque à cet addresse: _____
_____

Mois - année:

Date	Heure débuté	Heure terminé	# d'heures travaillés	Heures montant total A	**Autres dépenses*** description	montant Total B	Total Montant A + B	**Source de financement** (À être complété par personne authorisée)

***Inclure les reçus originaux pour les autres dépenses**

Paiement total: _____

Travailleur de soutien: _____ _____
Signature Date

Autorisation des dépenses: _____ _____
Signature Date

En signant cette réclamation, j'authorise le Parrainage civique à payer le travailleur de soutien.