

اسم متلقي الرعاية:	صانع القرار البديل (إن وجد):
اكتب اسمك هنا.	اكتب اسم صانع القرار البديل إذا تم تعيينه.
عنوان متلقي الرعاية:	مدير الرعاية (إذا تم تعيينه):
اكتب العنوان البريدي بالكامل، بما في ذلك رقم صندوق البريد إن وجد.	املأ هذه الخانة إذا كان ذلك ينطبق.

التاريخ	وصف الخدمة (على سبيل المثال: تحضير الوجبات)	تكلفة الخدمة
إدخال التواريخ هنا	تحديد نوع الخدمة المقدمة (راجع الأمثلة أدناه)	إدخال المبلغ المدفوع
27 فبراير/شباط 2024	الأعمال المنزلية	\$31.50
28 فبراير/شباط 2024	تحضير الوجبات	\$42.00
29 فبراير/شباط 2024	الرعاية الشخصية	\$21.00
01 مارس/آذار 2024	الرعاية المؤقتة	\$63.00

المجموع \$157.50

إلى مزود الخدمة، يرجى التأكيد (إذا لم يتم تقديم إيصال منفصلة):

✓ لقد قمت بتقديم الخدمات واستلمت المبلغ كما هو موضح أعلاه.

قم بإدخال التاريخ

يقوم مزود الخدمة الخاص بك بالتوقيع ووضع علامة في المربع إذا لم يتم تقديم إيصال

توقيع مزود الخدمة

التاريخ

إلى متلقي الرعاية أو صانع القرار البديل/مدير الرعاية (إن وجد/تم تعيينه)، يرجى التأكيد:

✓ لقد دفعت تكلفة الخدمات المذكورة أعلاه.

□ لقد أرفقت الإيصالات التي تشير إلى أن الخدمات تم دفعها بالكامل.

إدخال التاريخ

وَقَّع هنا وضع علامة في المربع (أعلاه) الذي ينطبق

التاريخ

توقيع متلقي الرعاية أو صانع القرار البديل/مدير الرعاية (إن وجد/تم تعيينه)

قم بإعادة إرسال هذا النموذج مع جميع المستندات الداعمة إلى العنوان المذكور أدناه:

هيئة الصحة في نونفا سكوشا، موظف قسم Home First/IADL، الرعاية المستمرة،

404 شارع شارلوت، الجناح 200 (الطابق 2)، سيدني، NS B1P 1E2

HomeFirstIADLClerk@nshealth.ca

1-800-225-7225

قم بإرسال هذا النموذج (النماذج) والإيصال +

تقرير التسوية عبر البريد أو البريد الإلكتروني

في نهاية كل ثلاثة أشهر