

**Provision of Support From The Hospital Comforts Fund
Prestation de services de soutien du Fonds de bien-être dans les hôpitaux**

Request for Payment
Demande de paiement

Hospitalized CAF Member Membre des FAC hospitalisé	Service Number Numéro matricule
---	------------------------------------

Home Address Adresse du domicile

Name of Hospital Nom de l'hôpital

From / Du	To / Au
Claim period Période de réclamation	

CLAIMED EXPENSES DÉPENSES RÉCLAMÉES
--

Services	Subtotal Sous-total	HST / TVH	Total	SA Code / Code SA	GL
Amenities (max \$10/day 1st Month; \$5/day 2nd Month) Commodités (max 10 \$/jour 1er mois; 5 \$/jour le 2e mois)	\$ -	\$ -	\$ -	305	0200-0072-7460-305-xxxxx (see profit centre list below / voir la liste des centres de profit ci-dessous)
Parking (max \$75/mth) Stationnement (max 75 \$/mois)	\$ -	\$ -	\$ -	452	0200-0072-7460-452-xxxxx (see profit centre list below / voir la liste des centres de profit ci-dessous)
Total	\$ -	\$ -	\$ -		

Claim prepared by: (fill in appropriate signing authority) Réclamation préparée par : (pouvoir de signature approprié)	Claim submitted by: (fill in appropriate signing authority) Réclamation soumise par : (pouvoir de signature approprié)	Authorization Hospital Comforts Contact (Hospital Comforts Contact cannot be employed in the NPF Accounting Office) Personne-ressource chargée du Fonds de bien-être dans les hôpitaux de votre localité (Les contacts pour Bien-être hospitaliers ne peuvent pas être employés au bureau de la comptabilité des FNP)
Signature and phone number Signature et numéro de téléphone	Signature and phone number Signature et numéro de téléphone	
Date	Date	Date

Claimant solemnly declares that he or any members of his immediate family have not submitted any insurance claim nor received any form of compensation for any of the expenses listed above and submitted for consideration and reimbursement under the provision of support from the hospital comforts fund.

Le requérant déclare solennellement qu'il ou les membres de sa famille immédiate n'ont pas soumis de réclamation d'assurance, ni reçu d'autres formes de compensation pour les dépenses énumérées ci-dessus et soumises pour examen et remboursement en vertu de la prestation de services de soutien du Fonds de bien-être dans les hôpitaux.

Claimant signature Signature du requérant	Date
--	------