



## Request for Benefits

### Participant Details

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Case Manager: \_\_\_\_\_

### Reason for Request

(Estimates required with request for vision and dental)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Total Amount Requested: \_\_\_\_\_

Receipts are required within 10 working days to account for all benefits issued.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# Demande de

District of Nipissing  
Social Services  
Administration Board



Conseil d'administration  
des services sociaux  
du district de Nipissing

## Renseignements sur le participant ou la participante

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Gestionnaire de cas : \_\_\_\_\_

### Détails de la demande

(Vous devez fournir des estimations de prix pour les demandes de soins de la vue et de soins dentaires)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Montant total demandé : \_\_\_\_\_

Vous devez fournir des reçus dans les 10 jours ouvrables pour toutes les prestations accordées.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_