

**Relevé de facturation et de services des avocats de service**

|  |
| --- |
| *Le fait de ne pas dûment remplir ce formulaire entraînera le renvoi de votre facture.* |
|  |  |  |  |
| Numéro d’avocat : |       | Nom de l’avocat : |       |
|  *Ne saisissez pas les tirets* |  |
| Lieu du service : |       | *Ce numéro doit être le code à deux chiffres attribué au bureau régional de l’endroit.* |
|  |  |  |  |
| Type d’avocat de service : | Sélectionnez un élément. | *Cliquez sur le menu déroulant pour sélectionner le type d’avocat de service* |
|  |  |  |  |  |  |
| En ma qualité d’avocat de service, j’ai fourni des services prévus par la *Loi sur les services d’aide juridique* et ses règlements comme suit : |
| **Date du service****(jj/mm/aaaa)** | **Date de début** | **Date de fin** | **Nombre total d’heures** *(voir note #1 ci‑dessous)* | **Taux** *(voir note #2 ci-dessous)* | **Honoraires** |
|       |       |       |       X | Sélectionnez un élément. |       |
|  |       |       |       X | Ordinaire : 73,87 $ de l'heure |       |
|  |       |       |       X | Sélectionnez un élément. |       |
|  |       |       |       X | Sélectionnez un élément. |       |
|  |  | Honoraires pour présence à l’audience :(voir note 3 ci-dessous)  | 40,00 $ | 40,00 $ |
|  |  | **Honoraires pour services :**  |       |
|  |  |  |  |  |  |
| **Temps de déplacement***(voir note 4 ci-dessous)* | **Date de début** | **Date** **de fin** | **Nombre total d’heures**  | **Taux** | **Honoraires** |
| Vers le lieu du service : |       |       |       | Sélectionnez un élément. |       |
| Retour du lieu du service : |       |       |       | Sélectionnez un élément. |       |
|  |  |  | **Honoraires pour déplacements :**  |       |
|  |  |  |  |
| **Débours**  | **Description**  |  | **Montant** |
| Kilométrage :*(voir note 5 ci‑dessous)* |       km | X 2 (aller-retour) x taux horaire/km | Sélectionnez un élément. | = |       |
|  | *Nombre de km entre le bureau et le lieu des services* |  |  |  |
|  |  |  |
| Autres : |       |       |
|  |       |       |
|  |       |       |
|  |  | **Total des débours** |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | TVH sur honoraires (13 %) :  |       |
|  |  |  |  |  |
|  | Numéro de TVH |       | TVH sur débours (13 %) |       |
|  | *(Requis seulement la première fois)* |  |  |
|  |  |  |  | **Total de la facture :** |       |
| J’atteste avoir rendu les services décrits ci-dessus : |  |  |
| Date de facturation : |        |  |       |
|  | (jj/mm/aaaa) |  | Signature de l’avocat |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOTES 1. Nombre total d’heures : si une pause-repas a été prise, indiquez les heures de travail avant et après celle-ci séparément.
2. Taux : taux des avocats de service:
* Ordinaire : 109,14 $/heure
* Régions éloignées : 120,05 $ l’heure (Cochrane, Kenora, Rainy River et Témiskaming)
1. Les honoraires pour présence aux audiences sont fixées à 40,00 $
2. Taux horaire pour les déplacements :
* Ordinaire : 43,00 $ de l’heure
* Régions éloignées : 47,30 $ de l’heure
1. Kilométrage :
* Ordinaire : 0,40 $/km
* Régions du Nord : 0,41 $/km
 |

|  |
| --- |
| Approbation du compte     Signature de l’avocat de service principal ou du directeur général      Date (jj/mm/aaaa) |

 |

|  |
| --- |
| En ma qualité d’avocat de service, j’ai fourni des services aux personnes suivantes : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Écrire lisiblement ou dactylographier* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Nom** | **Le client s’identifie‑t‑il en tant qu’autochtone?** | **Date de naissance** | **Admissibilité financière** | **Service 1** | **Service 2** | **Service 3** |
|  | (Nom de famille, prénom)  | Oui | Non | Pas demandé | (jj/mm/aaaa) | Admissible | Pas admissible | Nouvellement admissible | Pas de test | *Vous pouvez ajouter jusqu’à 3 numéros de service de la légende, sans omettre le 0 pour les services 01 à 09* |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |
|  |       |[ ] [ ] [ ]        |[ ] [ ] [ ] [ ]        |       |       |