

Demande d'aide financière Camp de jour



Demandeur (parent ou tuteur)			
Nom et prénom		conjoint(e) (<i>même si divorcé(e)</i>)	
Adresse	Rue	Ville	Code postal
Téléphone résidence		Téléphone travail	
Situation familiale du demandeur			
Marié(e) <input type="checkbox"/>	Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de faits <input type="checkbox"/>
Nombre de personnes à charge :			
	Adulte(s)	Enfant(s)	Âge Âge Âge Âge
Attestation du demandeur			
Si la famille a deux conjoints :		Si la famille est monoparentale :	
<input type="checkbox"/> Les deux travaillent <input type="checkbox"/> Les deux sont aux études <input type="checkbox"/> Un travaille, un est aux études <input type="checkbox"/> Les deux sont sans emploi <input type="checkbox"/> Un travaille, un est sans emploi <input type="checkbox"/> Un est aux études, un est sans emploi		<input type="checkbox"/> Je travaille <input type="checkbox"/> Je suis aux études <input type="checkbox"/> Je suis sans emploi et reçois du chômage <input type="checkbox"/> Je suis sans emploi et reçois l'aide sociale <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Revenus familiaux			
a. Revenus annuels bruts de toute provenance au cours de l'année précédente : _____ \$ (Selon votre déclaration d'impôt sur le revenu et celle de votre conjoint(e) s'il y a lieu)			
b. Autres prestations			
Aide sociale	_____ \$	Assurance chômage	_____ \$
Pension alimentaire	_____ \$	Allocation familiale fédérale	_____ \$
Allocation logement	_____ \$	Allocation familiale provinciale	_____ \$
Autres	_____ \$	Prêts et bourses	_____ \$
Total des revenus : (a + b) = _____ \$			
Montant de l'hypothèque ou du loyer mensuel (incluant chauffage et électricité) : _____ \$			
Commentaires :			
Demandes par enfants – 6 semaines maximum par enfant			
_____	Nom	_____	Prénom
_____	Âge	_____	# de semaine
_____	Nom	_____	Prénom
_____	Âge	_____	# de semaine
_____	Nom	_____	Prénom
_____	Âge	_____	# de semaine
_____	Nom	_____	Prénom
_____	Âge	_____	# de semaine
Informations supplémentaires au verso			

Veillez faire parvenir votre demande :

Centre sablon
4265, avenue Papineau, Montréal, Québec, H2H 1T3
À l'attention de Mme Pascale Bibeau
tél. : 514-527-1256, poste 320
pbibeau@centresablon.com

Votre demande sera traitée uniquement sur réception des preuves demandées.

Veillez allouer **jusqu'à 7 jours ouvrables** pour le traitement.

Documents à joindre absolument à votre demande :

- | | |
|---|---|
| 1. Avis de cotisation | 2. Photocopie des prestations fiscales pour enfant(s) |
| Si vous ne l'avez pas : | |
| 1. Photocopie du feuillet T-4 et/ou Relevé 1 | 3. Photocopie du feuillet relevé 5 ou d'une lettre de votre bureau d'aide sociale |
| 2. Photocopie des prestations d'assurance-chômage de l'année en cours | |

N.B Si vous n'avez pas fourni tous les documents requis pour l'étude de votre dossier, votre demande ne pourra être étudiée et votre place ne sera pas réservée.

Les renseignements fournis dans la présente demande seront traités de façon strictement confidentielle. Vous pouvez nous indiquer tout autre commentaire susceptible de nous aider dans l'évaluation de votre demande.

J'atteste que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais. J'autorise les responsables du Centre sablon à vérifier les renseignements déclarés. Toute fausse déclaration entraînera l'annulation de votre demande. Je déclare avoir pris connaissance qu'une aide financière accordée ne permet pas d'obtenir d'autres rabais.

Signature du demandeur

Date

Réservé au comité d'étude

Demande admissible : oui non motifs : _____

Camp de jour	Nb de semaines		Coût réel		Total
_____	_____	X	_____ \$	=	_____ \$
			Coût total	=	_____ \$
			Minimum payé par le demandeur	=	_____ \$
			Aide financière accordée	=	_____ \$
			À payer par le parent	=	_____ \$

Autorisé par :

Date de l'étude :