

### Identification du demandeur / de la demanderesse

Nom et prénom

Conjoint(e) (*même si divorcé(e)*)

Adresse

rue

ville

code postal

Téléphone résidence

Téléphone travail

### Situation familiale

Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Conjoint de faits

Nombre de personnes à charge :

Adulte(s)

Enfant(s)

Age

Age

Age

Age

### ATTESTATION DU DEMANDEUR

Si la famille a deux conjoints :

Si la famille est monoparentale :

1. Les deux travaillent
2. Les deux sont aux études
3. Un travail, un est aux études
4. Les deux sont sans emploi
5. Un travail, un est sans emploi
6. Un est aux études, un est sans emploi

1. Je travaille
2. Je suis aux études
3. Je suis sans emploi et reçois du chômage
4. Je suis sans emploi et reçois l'aide sociale
5. Autre : \_\_\_\_\_  
(précisez)

### Emploi du demandeur / de la demanderesse

Compagnie

Fonction

Téléphone

### Emploi du conjoint / de la conjointe (*même si séparé(e) ou divorcé(e)*) :

Compagnie

Fonction

Téléphone

### REVENUS FAMILIAUX

A REVENUS ANNUELS brut de toute provenance au cours de l'année précédente : \_\_\_\_\_ \$

B AUTRES PRESTATIONS : Aide sociale : \_\_\_\_\_ \$ Assurance chômage : \_\_\_\_\_ \$

Pension alimentaire : \_\_\_\_\_ \$ Allocation familiale fédérale : \_\_\_\_\_ \$

Allocation logement : \_\_\_\_\_ \$ Allocation familiale provinciale : \_\_\_\_\_ \$

Avis de cotisation Impôt : \_\_\_\_\_ \$ Prêts et bourses et divers : \_\_\_\_\_ \$

**TOTAL DES REVENUS : (A + B) = \_\_\_\_\_ \$**

Je suis propriétaire

Je suis locataire

Montant de l'hypothèque : \_\_\_\_\_ \$

Montant du loyer : \_\_\_\_\_ \$

**Veillez noter qu'un maximum de 4 semaines par enfant est admissible au programme d'aide financière.**

Combien d'enfants voulez-vous inscrire au CAMP DE JOUR DU CENTRE PÈRE SABLON: \_\_\_\_\_

Prénom et Nom		Âge :	Prénom et Nom		Âge :
1.	26 juin au 30 juin 2017	<input type="checkbox"/>	1.	26 juin au 30 juin 2017	<input type="checkbox"/>
2.	3 juil au 7 juillet 2017	<input type="checkbox"/>	2.	3 au 7 juillet 2017	<input type="checkbox"/>
3.	10 au 14 juillet 2017	<input type="checkbox"/>	3.	10 au 14 juillet 2017	<input type="checkbox"/>
4.	17 au 21 juillet 2017	<input type="checkbox"/>	4.	17 au 21 juillet 2017	<input type="checkbox"/>
5.	24 juil au 28 juil 2017	<input type="checkbox"/>	5.	24 au 28 juillet 2017	<input type="checkbox"/>
6.	31 juil au 4 août 2017	<input type="checkbox"/>	6.	31 juil au 4 août 2017	<input type="checkbox"/>
7.	7 au 11 août 2017	<input type="checkbox"/>	7.	7 au 11 août 2017	<input type="checkbox"/>
8.	14 au 18 août 2017	<input type="checkbox"/>	8.	14 au 18 août 2017	<input type="checkbox"/>
9.	21 au 25 août 2017	<input type="checkbox"/>	9.	21 au 25 août 2017	<input type="checkbox"/>

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. Je déclare avoir pris connaissance qu'une aide financière accordée ne permet pas d'obtenir d'autres rabais.

**J'atteste que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais. J'autorise les responsables du Centre Père Sablon à vérifier les renseignements déclarés. Toute fausse déclaration entraînera l'annulation de votre demande.**

Signature du demandeur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**VEILLES FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE :**

Centre Père Sablon, 4265 Papineau, Montréal, Québec, H2H 1T3  
À l'attention de Mme Pascale Bibeau  
Tél. : 514-527-1256 poste 320 Fax : 514-527-3220  
pbibeau@oeuvresablon.com

VOTRE DEMANDE SERA TRAITÉE UNIQUEMENT SUR  
RÉCEPTION DES **PREUVES DEMANDÉES**

**DOCUMENTS À JOINDRE ABSOLUMENT À VOTRE DEMANDE :**

**Nous fournir le plus de documents possibles, si applicables**

- |                                                                       |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Avis de cotisation                                                 | 7. Photocopie du feuillet Relevé 5 ou d'une lettre de votre bureau d'aide sociale |
| 2. Photocopie du feuillet T-4 et/ou Relevé 1                          | 8. Photocopie du bail ou du prêt hypothécaire                                     |
| 3. Photocopie des prestations d'assurance-chômage de l'année en cours | 9. Photocopie des prestations fiscales pour enfants                               |
| 4. Photocopie du bail ou du prêt hypothécaire                         | 10. Photocopie des PUGE                                                           |
| 5. Photocopie de votre carte d'étudiant.                              |                                                                                   |
| 6. Photocopie de votre carte du Ministère des Affaires sociales       |                                                                                   |

**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.**

**RÉSERVÉ AU COMITÉ D'ÉTUDE**

DEMANDE ADMISSIBLE : oui  non

MOTIFS : \_\_\_\_\_

Nb de semaine		Coût réel		TOTAL
_____	X	150.00 \$	=	_____ \$
_____	X	195.00 \$	=	_____ \$
		<b>T-Shirt (obligatoire)</b>	=	+ 10.00 \$
		<b>Carte de membre (obligatoire)</b>	=	+ 10.00 \$
		<b>Coût total</b>	=	_____ \$
		<b>À PAYER PAR LE DEMANDEUR</b>	=	_____ \$
		<b>Aide financière accordée</b>	=	_____ \$

Date de l'étude :

Autorisé par :