

DEMANDEUR (PARENT OU TUTEUR)

Nom et prénom _____ Conjoint(e) (même si divorcé(e)) _____

Adresse _____ rue _____ ville _____ code postal _____

Téléphone résidence _____ Téléphone travail _____ Courriel _____

Situation familiale du demandeur

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

Nombre de personnes à charge : _____
Adulte(s) _____ Enfant(s) _____ Âge _____ Âge _____ Âge _____ Âge _____

BÉNÉFICIAIRES (20 ANS ET MOINS)

Nom et prénom : _____ Âge : _____

SEMAINE 1 (du 4 au 8 mars 2019) Tarif : _____ \$

Nom et prénom : _____ Âge : _____

SEMAINE 1 (du 4 au 8 mars 2019) Tarif : _____ \$

Nom et prénom : _____ Âge : _____

SEMAINE 1 (du 4 au 8 mars 2019) Tarif : _____ \$

Nom et prénom : _____ Âge : _____

SEMAINE 1 (du 4 au 8 mars 2019) Tarif : _____ \$

COMME DEMANDEUR, MA PARTICIPATION FINANCIÈRE POURRAIT ÊTRE DE _____ \$ PAR SESSION

ATTESTATION DU DEMANDEUR (Veuillez cocher svp)

Si la famille a deux conjoints :

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

Si la famille est monoparentale :

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)

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	_____ \$
Avis de cotisation/ Impôt	_____ \$	Prêts et bourses	_____ \$

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

Montant de l'hypothèque ou du loyer MENSUEL (incluant chauffage et électricité) : _____ \$

Commentaires :

VEUILLEZ 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@centresablon.com

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

VEUILLEZ ALLOUER **JUSQU'À 7 JOURS OUVRABLES**
POUR LE TRAITEMENT.

DOCUMENTS À JOINDRE ABSOLUMENT À VOTRE DEMANDE :

- | | |
|---|---|
| 1. Avis de cotisation | 4. 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 | 5. Photocopie des prestations fiscales pour enfant(s) |
| 3. 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 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 Père 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

BÉNÉFICIAIRE 1 : _____

BÉNÉFICIAIRE 2 : _____

SEMAINES ACCEPTÉES : 1

SEMAINES ACCEPTÉES : 1

Carte de membre = _____ \$

Coûts des activités demandées = _____ \$

Coût total = _____ \$

Taxes = _____ \$

Coût total (taxes incl.) = _____ \$

À PAYER PAR LE DEMANDEUR = _____ \$

Aide financière accordée = _____ \$

Carte de membre = _____ \$

Coûts des activités demandées = _____ \$

Coût total = _____ \$

Taxes = _____ \$

Coût total (taxes incl.) = _____ \$

À PAYER PAR LE DEMANDEUR = _____ \$

Aide financière accordée = _____ \$

BÉNÉFICIAIRE 3 : _____

BÉNÉFICIAIRE 4 : _____

SEMAINES ACCEPTÉES : 1

SEMAINES ACCEPTÉES : 1

Carte de membre = _____ \$

Coûts des activités demandées = _____ \$

Coût total = _____ \$

Taxes = _____ \$

Coût total (taxes incl.) = _____ \$

À PAYER PAR LE DEMANDEUR = _____ \$

Aide financière accordée = _____ \$

Carte de membre = _____ \$

Coûts des activités demandées = _____ \$

Coût total = _____ \$

Taxes = _____ \$

Coût total (taxes incl.) = _____ \$

À PAYER PAR LE DEMANDEUR = _____ \$

Aide financière accordée = _____ \$

Autorisé par :

Date de l'étude :