

# Demande d'aide financière Camp de jour



<b>Demandeur (parent ou tuteur)</b>					
Nom et prénom _____			conjoint(e) ( <i>même si divorcé(e)</i> ) _____		
Adresse _____		Rue _____	Ville _____		Code postal _____
Téléphone résidence _____			Téléphone travail _____		
<b>Situation familiale du demandeur</b>					
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 _____
<b>Attestation du demandeur</b>					
<b>Si la famille a deux conjoints :</b>			<b>Si la famille est monoparentale :</b>		
<input type="checkbox"/> Les deux travaillent			<input type="checkbox"/> Je travaille		
<input type="checkbox"/> Les deux sont aux études			<input type="checkbox"/> Je suis aux études		
<input type="checkbox"/> Un travaille, un est aux études			<input type="checkbox"/> Je suis sans emploi et reçois du chômage		
<input type="checkbox"/> Les deux sont sans emploi			<input type="checkbox"/> Je suis sans emploi et reçois l'aide sociale		
<input type="checkbox"/> Un travaille, un est sans emploi			<input type="checkbox"/> Autre : _____		
<input type="checkbox"/> Un est aux études, un est sans emploi					
<b>Revenus familiaux</b>					
<b>a. Revenus annuels bruts de toute provenance au cours de l'année précédente :</b> _____ \$					
(Selon votre déclaration d'impôt sur le revenu et celle de votre conjoint(e) s'il y a lieu)					
<b>b. Autres prestations</b>					
Aide sociale _____ \$		Assurance chômage _____ \$			
Pension alimentaire _____ \$		Allocation familiale fédérale _____ \$			
Allocation logement _____ \$		Allocation familiale provinciale _____ \$			
Autres _____ \$		Prêts et bourses _____ \$			
<b>Total des revenus : (a + b) = _____ \$</b>					
<b>Montant de l'hypothèque ou du loyer mensuel (incluant chauffage et électricité) :</b> _____ \$					
<b>Commentaires :</b>					
<b>Demandes par enfants – 6 semaines maximum (dont 3 semaines <i>Spécialité</i>) par enfant</b>					
Nom _____		Prénom _____	Âge _____	# de sem. Touche-à-Tout _____	# de sem. Spécialité (max 3) _____
Nom _____		Prénom _____	Âge _____	# de sem. Touche-à-Tout _____	# de sem. Spécialité (max 3) _____
Nom _____		Prénom _____	Âge _____	# de sem. Touche-à-Tout _____	# de sem. Spécialité (max 3) _____
Nom _____		Prénom _____	Âge _____	# de sem. Touche-à-Tout _____	# de sem. Spécialité (max 3) _____
<b>Informations supplémentaires au verso</b>					

**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 / fax : 514-527-3220  
[pbibeau@centresablon.com](mailto: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)                             |
| <b>Si vous ne l'avez pas :</b>  |   |
| 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 : \_\_\_\_\_

	Nb de semaines		Coût réel		Total
Touche-à-tout	_____	X	\$ _____	=	\$ _____
Spécialité	_____	X	\$ _____	=	\$ _____
			<b>Coût total</b>	<b>=</b>	<b>\$ _____</b>
				<b>Minimum payé par le demandeur</b>	<b>=</b> <b>\$ _____</b>
				<b>Aide financière accordée</b>	<b>=</b> <b>\$ _____</b>
				<b>À payer par le parent</b>	<b>=</b> <b>\$ _____</b>

Autorisé par :

Date de l'étude :