**FONDS DE SECOURS AUX FAMILLES**

***Formulaire de demande d’aide financière***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR** |  |
|  | Nom : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Adresse : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Téléphone : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Courriel : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **IDENTIFICATION DES MEMBRES DE LA FAMILLE (s’il y a lieu)** |  |
|  | Conjoint (e) : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Date de naissance : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Niveau scolaire : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | École fréquentée : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Nom complet de l’enfant : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Date de naissance : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Niveau scolaire : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | École fréquentée : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Nom complet de l’enfant : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Date de naissance : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Niveau scolaire : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | École fréquentée : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Nom complet de l’enfant : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Date de naissance : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Niveau scolaire : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | École fréquentée : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **POUR QUELLES RAISONS SOUHAITEZ-VOUS FAIRE UNE DEMANDE D’AIDE FINANCIÈRE À CENTRAIDE HAUTE-CÔTE-NORD/MANICOUAGAN?** |
| Cliquer pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **QUELLE EST/SONT VOTRE/VOS SOURCE(S) DE REVENUS ACTUELLE(S) FAMILIALES ET QUEL MONTANT EN RETIREZ-VOUS SUR UNE BASE ANNUELLE?** |  |
|  | Sécurité du revenu : | Cliquer pour entrer du texte. | Salarié : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Assurance-emploi : | Cliquer pour entrer du texte. | Allocations familiales : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  | Pension alimentaire : | Cliquer pour entrer du texte. | Autre : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |
|  | **EXPLICATION DE LA SITUATION FINIANCIÈRE / PRÉCAIRE :** |  |
|  | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **AVEZ-VOUS DÉJÀ OBTENU DE L’AIDE DE CENTRAIDE HAUTE-CÔTE-NORD/MANICOUAGAN ?** |  |
|  | Oui : |[ ]  Non : |[ ]   |
|  | **Si oui,** en quelle (s) année (s) : | Cliquer pour entrer du texte. |  |  |
|  | Pour quelle (s) raison (s) : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **AVEZ-VOUS FAIT UNE DEMANDE AUPRÈS D’AUTRES ORGANISATIONS POUR VOS BESOINS ACTUELS ?** |  |
|  | Oui : |[ ]  Non : |[ ]   |
|  | **Si oui,** à quelle organisation : | Cliquer pour entrer du texte. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Dans l’optique où Centraide Haute-Côte-Nord/Manicouagan accepterait de vous offrir l’aide demandé, vous devez comprendre que cette aide est relative à une situation particulière vécue et que celle-ci ne pourra pas être récurrente. Vous devez également savoir que d’autres alternatives devront être mises en place pour pallier à cette situation dans le futur. Finalement, vous devrez vous engager à débuter une démarche d’aide avec un intervenant social. Votre signature fera foi de votre adhésion à cette entente.** |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Date : | Choisir une date. |  |  |
|  |  |  | Signature du demandeur |  |
|  | Date : | Choisir une date. |  |  |
|  |  |  | Signature du responsable de l’organisme référant |  |
|  |  |  |  |  |  |