



## Fonds secours aux familles

### Formulaire de demande d'aide financière

**Identification du demandeur:**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**Identification des membres de la famille s'il y a lieu :**

Conjoint(e) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Enfant: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

**Pour quelles raisons souhaitez-vous faire une demande d'aide financière à Centraide Haute-Côte-Nord/Manicouagan?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_ Salarié : \_\_\_\_\_  
Assurance-emploi : \_\_\_\_\_ Allocations familiales : \_\_\_\_\_  
Pension alimentaire : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

**Explication de la situation financière / précaire :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà obtenu de l'aide de Centraide Haute-Côte-Nord/Manicouagan**

oui  non

**Si oui, en quelle(s) année(s) :** \_\_\_\_\_

**Pour quelles raisons :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Avez-vous fait une demande auprès d'autres organisations pour vos besoins actuels? :**

oui  non

**Si oui, à quelle organisation?** \_\_\_\_\_

**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 débiter une démarche d'aide avec un intervenant social. Votre signature fera foi de votre adhésion à cette entente.**

**Date :**  
\_\_\_\_\_

**Signature du demandeur:**  
\_\_\_\_\_

**Date :**  
\_\_\_\_\_

**Signature du responsable de l'organisme référant:**  
\_\_\_\_\_