

# Demande d'aide financière Camp de jour



Demandeur (parent ou tuteur)

Nom et prénom

conjoint(e) (même si divorcé(e))

Adresse

Rue

Ville

Code postal

Téléphone résidence

Téléphone travail

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

## Attestation du demandeur

Si la famille a deux conjoints :

- Les deux travaillent
- Les deux sont aux études
- Un travaille, un est aux études
- Les deux sont sans emploi
- Un travaille, un est sans emploi
- Un est aux études, un est sans emploi

Si la famille est monoparentale :

- Je travaille
- Je suis aux études
- Je suis sans emploi et reçois du chômage
- Je suis sans emploi et reçois l'aide sociale
- Autre : \_\_\_\_\_

## 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	_____ \$
Autres	_____ \$	Prêts et bourses	_____ \$

Total des revenus : (a + b) = \_\_\_\_\_ \$

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

Commentaires :

Demandes par enfants – 6 semaines maximum par enfant

_____	_____	_____	_____
Nom	Prénom	Âge	# de semaine
_____	_____	_____	_____
Nom	Prénom	Âge	# de semaine
_____	_____	_____	_____
Nom	Prénom	Âge	# de semaine
_____	_____	_____	_____
Nom	Prénom	Âge	# de semaine

Informations supplémentaires au verso

**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  
[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 : \_\_\_\_\_

Camp de jour	Nb de semaines	X	Coût réel	=	Total
_____	_____		\$		\$
			Coût total	=	\$
			Minimum payé par le demandeur	=	\$
			Aide financière accordée	=	\$
			À payer par le parent	=	\$

Autorisé par :

Date de l'étude :