|  |
| --- |
|  **DEMANDE D’AIDE ALIMENTAIRE** |
| Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Conjoint (e) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ville :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Téléphone :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cellulaire :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Age:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Courriel :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Type de logement*** Locataire
* Propriétaire
* HLM/ COOP
 | **Type de famille*** Seul(e)
* En couple
* Monoparentale
* Biparentale
 |
| Nombre de colocataire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre d’enfant à charge :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Age : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dépannage pour combien de personnes ? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fréquentez-vous un organisme du HSF? \_\_\_\_\_ | Lequel?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **R E V E N U S** |  | **D É P E N S E S** |
| **Sources de revenus** | MontantDéclaré |  | **Dépenses** | MontantDéclaré | **Moisson****HSF** |
| Salaire familiale |  |  | Logement |  |  |
| Allocations familiales |  |  | Chauffage / électricité |  |  |
| Prestation (PUGE) |  |  | Téléphone / cellulaire |  |  |
| Pension alimentaire |  |  | Internet / câble |  |  |
| RQAP |  |  | Permis/plaques/assurance |  |  |
| Prêts et bourses |  |  | Essence |  |  |
| SAAQ / CSST / Invalidité |  |  | Médicaments |  |  |
| Rentes |  |  | Garderie |  |  |
| Crédit d’impôt solidarité |  |  | Pension alimentaire |  |  |
| Allocation logement |  |  | Loisirs / vêtements |  |  |
| Autres |  |  | Dettes |  |  |
| TOTAL des revenus |  |  | TOTAL des dépenses |  |  |

**Décrivez votre situation** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Fonctionnement de Moisson Haut-Saint-François**

* Nous demandons une contribution monétaire.

2$ pour une personne seule

3$ pour deux personnes

5$ pour une famille

* Vous devez habiter dans le Haut-Saint-François.
* Vous devez vivre une difficulté financière.
* Ce document doit être rempli et retourné à *Moisson Haut-Saint-François.*
* Vous devez venir chercher vos boîtes de nourriture au bureau de *Moisson Haut-Saint-François*. Situé au 53 Angus Sud, East Angus.
* Nous communiquerons avec vous pour vous informer de la date de distribution.
* Si vous êtes absent lors d’une distribution et n’avez pas informé *Moisson Haut-Saint-François* vous perdez l’aide alimentaire pour le mois.
* Vous devez apporter des sacs pour la nourriture.
* Aucune forme de violence ne sera acceptée lors des distributions.

Les informations que j’ai écrites sont exactes.

Initiales\_\_\_\_\_\_\_\_

J’ai lu le fonctionnement pour recevoir des dépannages alimentaires.

Initiales\_\_\_\_\_\_\_\_

Je suis d’accord que l’organisme échange des informations avec Moisson Haut-Saint-François et ses bénévoles.

Initiales\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du demandeur :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de l’intervenant(e) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_