

DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER

PROGRAMME « FONDS DE PREMIÈRE NÉCESSITÉ »

|  |
| --- |
| 1. Identification du demandeur |
| Intervenant du jeune |       No. téléphone et poste tél:        |
| Chef de service |       No. téléphone et poste tél:       |

Date de la demande :

Si la demande a été effectuée par un(e) intervenant(e) en centre de réadaptation, est-ce que l'intervenant social a été consulté et est-il en accord : Oui [ ]  Non [ ]  Expliquez:

|  |
| --- |
| 2. Identification du jeune |
| Nom: |       No. de dossier :       |
| Prénom: |       Suivi sous quelle loi:       |
| Âge :       Date de naissance :       Sexe: M [ ]  F [ ]  |
| Lieu de résidence au moment de la demande: |       |
| S’il y a lieu, le placement est prévu jusqu’à : |       |
| Parent responsable: |       |
| Adresse: |       |
| Occupation du père: |       |
| Occupation de la mère: |       |
| Nombre d’enfants dans la famille: |       |

|  |
| --- |
| 3. Adresse de l’expéditeur |
| Faire parvenir votre demande au : Adresse courriel : demandes@fondationjeunessedeslaurentides.com À l’exception du fonds de première nécessité, veuillez considérer que le comité se rencontre une fois par mois. Vous pouvez voir les dates sur le site de la Fondation au [www.fondationjeunessedeslaurentides.com](http://www.fondationjeunessedeslaurentides.com) Il est important que les demandes soient transmises 48 heures avant la date de la rencontre du comité. |

|  |
| --- |
| Justification de l’urgence – Contexte de la demande |
|       |

|  |
| --- |
| Les ressources communautaires ont-elles été utilisées : Oui [ ]  Non [ ]   |
| Expliquez :       |

|  |
| --- |
| Énumération des besoins |
|       |

|  |
| --- |
| Est-ce une première demande : Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si non, expliquez (date, raison, contexte):       |

|  |
| --- |
| Décrire les mesures qui seront prises rapidement pour mettre fin à la situation |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Montant demandé :     $ | Carte Maxi : [ ] Carte Walmart : [ ] Carte Aubainerie : [ ] Autres (préciser) : [ ]  |

Demande rédigée par :

|  |
| --- |
| Déclaration légale |
| Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire et dans les documents joints dont je suis l’auteur(e) sont véridiques, exacts et complets et que j’ai besoin d’aide financière pour pouvoir répondre à un de mes besoins primaires (nourriture, vêtements).J'autorise mon intervenant(e) du CISSS des Laurentides à transmettre cette demande à la Fondation Jeunesse des Laurentides: Oui [ ]  Non [ ]  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature **obligatoire** du parent ou de l'enfant de plus de 14 ans et plus. DateLa Fondation s'engage à garder confidentiel toutes les informations contenues dans ce document. |

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

Signature du chef pour approbation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AVIS IMPORTANT**

**Les achats doivent être effectués avec le candidat.**

**Les factures numérisées doivent être transmises à l'adresse** **demandes@fondationjeunessedeslaurentides.com** **dans un délai d’une semaine ou sur entente spéciale.**

**Un solde inférieur à 10 $ sur la carte doit être laissé au candidat.**