

1 161 Spooner Pond
 Richmond, Québec, JOB 2H0
maplaceestrie@yahoo.ca
 873-339-2672

Formulaire de demande d'aide financière (Obligatoire)

| | | | |
|---------------------|--|---|--|
| Date de la demande: | | Réservé à l'administration Date d'approbation: | |
|---------------------|--|---|--|

| MEMBRE DU MAPLACE | | DEMANDEUR | |
|--|--|---|--|
| Nom/Prénom: | | Nom/Prénom: | |
| Date de Naissance: | | Adresse postale : | |
| Adresse: | | No de Téléphone: | |
| Intervenant pivot CSSS/Institut/No Tél: | | Adresse courriel: | |
| | | Lien du demandeur avec le membre _____ | |

ATTENTION ! Un formulaire par demande ATTENTION !

Il est **IMPORTANT** que **TOUS** les documents à l'appuis; (Recommandation de votre TS et/ou intervenant pivot de votre CSSS et/ou du CRE et/ou du médecin traitant) soient acheminés **AVEC** votre demande d'Aide Financière.

Avez-vous déjà obtenu une Demande d'Aide Financière au MAPLACE par les années passées?
 OUI NON

La demande présente a-t-elle déjà été faite auprès de votre CSSS et/ou à tout autre organisme?
 OUI (remplir la section ici-bas) Si NON, veuillez passer au point suivant.

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| Nom du CSSS ou de l'organisme: | | |
| Nom et prénom du responsable: | | Montant alloué par le CSSS ou l'organisme: \$ _____ |

Critères d'ADMISSIBILITÉ d'Aide Financière pour les Membres du MAPLACE

1. Pour formuler une demande d'aide financière, il est **OBLIGATOIRE** d'être membre du MAPLACE
2. Le membre doit être **RÉSIDENT** (adresse domiciliaire) de l'Estrie, région #5.

Renseignements sur l'ADMISSIBILITÉ

- A. Toutes les demandes doivent être faites par écrit et acheminées au **MAPLACE, 1 161, Spooner Pond, Richmond, Québec, JOB 2HO** ou par courriel au **maplaceestrie@yahoo.ca**
- B. La **demande** doit être dûment complétée sinon celle-ci sera automatiquement rejetée.
- C. La demande sera présentée au conseil d'administration lors du C.A. Du mois suivant la réception de la demande.
- D. Le montant maximum fixé, par membre, est de **1 000.00 \$** par année (année civile - 1^{er} janvier au 31 décembre) pour un maximum de deux membres par famille. (Ce point peut être sujet à changement sans préavis)
- E. Le demandeur sera informé de la réponse du conseil d'administration par courrier et/ou courriel.
- F. La somme **AUTORISÉE**, à la demande de l'Aide Financière, sera versée **UNIQUEMENT** sur **RÉCEPTION** de la **FACTURE ***
- G. L'entête doit inclure: Nom de la Compagnie/Adresse/#TPS et TVQ/Date de l'achat et/ou de l'activité/Nom du membre.
- H. Aucune demande n'est traitée durant les mois de juillet et août.
- I. Si la demande d'aide est payée et que l'activité est annulée, le MAPLACE demandera le remboursement.
- J. Pour obtenir un remboursement plus rapidement, vous pouvez joindre votre spécimen de chèque. Un dépôt sera fait directement dans votre compte.

IMPORTANT: Conservez une copie de vos factures dans vos dossiers personnels. Les originaux ne seront pas retournés.

Si votre demande concerne un service professionnel (chiropraticien...), assurez-vous que le **REÇU** indique les mêmes informations que le point G ainsi que la nature du service, le nom du professionnel, son association et son # de permis.

Cochez la case appropriée à cette demande.

| | | | |
|--|--|--|---|
| Sport <input type="checkbox"/> | Équipement pour une activité sportive <input type="checkbox"/> | Répit <input type="checkbox"/> | Accompagnement <input type="checkbox"/> |
| *Massage corporel <input type="checkbox"/> | Équipement spécialisé <input type="checkbox"/> | Activité social <input type="checkbox"/> | Autre <input type="checkbox"/> |

Couvert à 100% du montant alloué pour l'année

* Couvert à 50% (Max de 200\$/année)

Les repas qui sont prisent lors d'une activité quelconque ne sont pas couvert.

Joindre soumission ou d'autres documents pertinents (FACTURES)

DESCRIPTION DE LA DEMANDE OU JOINDRE UN DOCUMENT EXPLICATIF :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

J'accepte que les renseignements fournis, ci-dessus, sont complets et véridiques. Je comprends que les demandes acceptées deviendront admissibles au remboursement des frais sur présentation de reçus VALIDE pour un délai de 6 mois suivant la date d'acceptation.

Signature : _____

Date : _____

Réservé au conseil administratif:

| |
|--|
| |
| |