



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Prénom du parent demandeur
Nom du parent demandeur
Nom et prénom de l'enfant qui requiert des soins
Date de naissance de l'enfant
Adresse où demeure l'enfant (code postal obligatoire)
Numéro de téléphone du demandeur à la maison
Emploi du père
Numéro de téléphone au travail :
Emploi de la mère
Numéro de téléphone au travail :
Nombre d'enfants dans la famille
Revenu familial annuel



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Raison de la demande d'aide financière (expliquez brièvement la condition médicale de l'enfant)

Nom de la personne qui vous a recommandé : _____

Numéro de téléphone de cette personne : _____

Fonction de cette personne : _____

Décrivez ci-dessous les soins et les besoins de l'enfant ainsi que les coûts qui y sont rattachés

Soins et ou médicaments

Coûts annuels



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Montant demandé _____

Recevez-vous de l'aide financière d'un autre organisme ? Oui _____ Non _____

Si oui, lequel ? _____

Pour quels besoins : _____

Commentaires : _____

Note : SVP nous faire parvenir une attestation de condition médicale.

Faites parvenir votre demande par courrier à :

Fondation S.O.S. Enfants
219, rue LaSalle
Saint-Paul co Joliette(Québec) J0K 3E0

Pour toute information supplémentaire n'hésitez pas à nous contacter par téléphone au (450) 759-2450 ou par courriel à fondationsosenfants@laccompagnateur.org.

Signature du (de la) requérant(e)

Date