Fondation du CLSC – Région de Thetford
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
17, rue Notre-Dame Ouest
Thetford Mines (Québec) G6G 1J1
Téléphone : 418 338-3511

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Ce formulaire doit être complété par un membre du personnel du réseau de la santé ou du milieu scolaire ou d'un organisme communautaire.
Les dons provenant de la Fondation du CLSC de Thetford sont réservés uniquement aux usagers du secteur géographique des Appalaches.

COORDONNÉES DE L'USAGER	
Nom, prénom (parent) :	
Nom, prénom (enfant) :	**Âge :**
Adresse :	
Ville :	**Téléphone :**
Code postal :	**Courriel :**

MOTIFS DE LA DEMANDE

Avant d'effectuer votre demande, veuillez répondre aux questions suivantes :

Avez-vous déjà sollicité d'autres ressources ? ☐ Oui ☐ Non (passez à la section suivante)

Si oui, lesquelles :
- ☐ Fondations
- ☐ Programmes
- ☐ Organismes communautaires

Précisez :

Début de la demande d'aide financière :

Est-ce une première demande à la Fondation pour cet usager : ☐ Oui ☐ Non

Motif de la demande :

Type de demande :
- ☐ Alimentaire
- ☐ Loisirs
- ☐ Réponse aux besoins de base
- ☐ Santé
- ☐ Transport
- ☐ Vestimentaire
- ☐ Autres (précisez) :

Montant demandé : $ Date de la demande :

Notez qu'aucun argent n'est remis au parent directement.
L'intervenant doit prendre entente avec le dispensateur de service pour le paiement.

COORDONNÉES DU DEMANDEUR	
Nom, prénom :	Téléphone :
Titre d'emploi et organisation :	
COORDONNÉES DU DISPENSATEUR	
Nom, prénom de la personne à qui faire le chèque :	
Coordonnées complètes du dispensateur :	

La demande doit être acheminée par courriel à l'adresse suivante : fondationclscthetford-ca@ssss.gouv.qc.ca

SECTION RÉSERVÉE À LA FONDATION

☐ **DEMANDE ACCEPTÉE**		☐ **DEMANDE REFUSÉE**
Commentaires :		
Signature :		Date :
Montant payé : $	N° du chèque :	Date du paiement :