# FONDATION
# Rayons d'Espoir

**CLSC de Saint-Fabien-de-Panet, Centre d'hébergement de Saint-Fabien-de-Panet – Centre d'hébergement de Cap Saint-Ignace, CLSC et Centre d'hébergement de Montmagny**

## DEMANDE DE DON

**Bénéficiaire** _____

**Adresse** _____

**Téléphone** _____

**Intervenant** _____

**Description de la situation :**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**Démarches faites jusqu'à maintenant :**

_____

_____

_____

**Quelle est votre demande :**

_____

_____

_____

**Coût approximatif** _____

**Sources de financement possibles** _____

**Participation financière de la personne** Oui ___ Non ___

**Si oui, combien** _____

**Impact sur la personne si la demande est acceptée :**

_____

_____

_____

_____

**Acheminer ce formulaire à l'attention de :**

**Karine Fournier : karine_fournier@ssss.gouv.qc.ca**
**Camille Nolet : camille.nolet.cisssca@ssss.gouv.qc.ca**

**Signature du demandeur** _____

**Date** _____