



Demande d'aide financière Questionnaire

Introduction

Le présent formulaire est requis afin de bien faire connaître au conseil d'administration vos besoins exacts et les guider dans leur décision. Nous vous demandons de répondre à toutes les questions bien que certaines puissent sembler indiscreètes. Nous vous assurons de notre entière discrétion et aucun nom de personnes ou autres informations à leur sujet ne peuvent être transmises, publiées ou divulguées à moins du consentement écrit de votre part.

Renseignements de base

Nom, prénom du demandeur: _____

Nom, prénom de la personne aidée: _____

Date de naissance : _____

Lien avec demandeur: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code Postal : _____

Téléphone (jour): _____ (soir): _____

E-mail : _____

Revenu familial annuel: _____ \$



État actuel de votre enfant

Avez-vous obtenu un diagnostic d'autisme ou de trouble envahissant du développement de la part du professionnel de la santé? **Si oui nous l'inclure dans l'enveloppe avec la demande**

_____ Oui Indiquez le diagnostic : _____

(Veuillez joindre une copie du rapport du professionnel, sauf si vous l'avez déjà remis à Action Autisme auparavant)

_____ Non Quelles sont les démarches actuellement entreprises?

(Joindre tout document pertinent)

Description de vos besoins

Veillez expliquer en quoi consiste votre demande de don, détaillez votre projet :

État des frais encourus

Veillez faire un résumé de vos frais mensuels en mentionnant sur quoi ces sommes seront dépensées. Nous parlons ici des frais extraordinaires reliés directement à l'état de votre enfant. Bien sûr, ne pas mentionner ces frais s'ils sont couverts par une assurance, à moins que la couverture ne soit partielle, dans ce cas, spécifiez le pourcentage couvert. (Exemple: gardienne spécialisée, éducatrices spécialisées, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue ou frais de formation aux parents)

- 1- _____ \$ / mois pour : _____
- 2- _____ \$ / mois pour : _____
- 3- _____ \$ / mois pour : _____
- 4- _____ \$ / mois pour : _____



Autres renseignements pertinents

Ce formulaire est utilisé pour nous donner une ébauche de vos besoins. Vous pouvez également nous signaler tout autre fait pertinent qu'il serait important que nous connaissions afin de mieux nous exposer votre situation.

Aide financière

Recevez-vous une aide financière pour le même projet d'un autre organisme? _____

Si oui, veuillez inscrire le nom de l'organisme et le montant alloué : _____

Déclaration

Je déclare que tous les renseignements déclarés sont exacts et véridiques.

Signature: _____ Date: _____

Vous pouvez joindre une lettre, feuillet ou tout autre document si vous ne disposez pas de suffisamment d'espace. **N'oublier pas d'inclure aussi une copie de vos avis de cotisation (revenu familiale) et les facture ou preuve des montants demandés ou payés**

Veuillez faire parvenir ces informations à l'adresse suivant :

Action Autisme
4278 Boul St-Rose, Laval
H7V 1X4