

FORMULAIRE

FONDS 33

2021

Pour connaître les critères d'admissibilité, les modalités, les dates, la marche à suivre, les coordonnées, de même que toute autre information pertinente, veuillez consulter la page www.moelleepiniere.com/fonds-33 ou informez-vous auprès du bureau de MÉMO-Qc de Montréal.

Veuillez remplir le présent formulaire de demande de soutien financier et le retourner soit par courriel à fondation@moelleepiniere.com, par télécopieur au (514) 341-8884 ou par la poste au 6020 rue Jean-Talon Est, bureau 400, Montréal (QC), H1S 3B1.

SECTION 1 — Renseignements personnels du demandant

Nom et prénom du demandant _____

Adresse _____

Téléphone _____

Courriel _____

Lien entre le demandant et le bénéficiaire _____

Si le demandant est la même personne que le bénéficiaire, veuillez passer directement à la section 3. Si ce n'est pas le cas, veuillez remplir la section 2.

SECTION 2 — Renseignements personnels du bénéficiaire

Nom et prénom du bénéficiaire _____

Adresse _____

Téléphone _____

Courriel _____

SECTION 3 — Identification

Sexe _____

Numéro de membre MÉMO-Qc _____

Date de naissance _____

RAMQ _____ Date d'expiration _____

Si vous n'êtes pas natif du Québec, depuis quand résidez-vous au Québec ? _____

Date de l'accident _____

Diagnostic de la lésion médullaire

Tétraplégie _____ Vertèbre _____ Asia _____

Paraplégie _____ Vertèbre _____ Asia _____

Autre _____

Déplacement

Fauteuil motorisé _____ Fauteuil manuel _____

Autre _____

Agent payeur, s'il y a lieu

CNESST _____ SAAQ _____ IVAC _____

Autre _____

SECTION 4 — Situation familiale

Quel est votre état civil ? _____

Habitez-vous seul ? OUI _____ NON _____

Si NON, avec qui habitez-vous ? _____

Avez-vous des enfants à charge ? OUI _____ NON _____

Si OUI, combien ? _____

SECTION 5 — Soutien financier

Quel est le montant demandé ?

SECTION 6 — Motif de la demande

À quoi servira le montant demandé ?

SECTION 7 — Situation financière

| REVENU ANNUEL BRUT | BÉNÉFICIAIRE | CONJOINT (E) |
|--|----------------|----------------|
| Revenu d'emploi BRUT | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Prestation d'assurance-chômage BRUT | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Autres _____ | _____ \$/année | _____ \$/année |

| REVENU ANNUEL NET | BÉNÉFICIAIRE | CONJOINT (E) |
|--|----------------|----------------|
| Agents payeurs (CNESST, SAAQ, IVAC) NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Assurances salaires NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Assurances privées NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Rente d'invalidité (RRQ) NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Bourse d'études NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Aide sociale ou solidarité sociale NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Allocations familiales pour enfants NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Rente de retraite NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Pension de la Sécurité de la vieillesse NET | _____ \$/année | _____ \$/année |
| Autres _____ | _____ \$/année | _____ \$/année |

DÉPENSES SUPPLÉMENTAIRES EN LIEN DIRECT AVEC VOTRE CONDITION

SECTION 8 — Renseignements supplémentaires

Veillez inscrire tous renseignements supplémentaires que vous jugez utiles de fournir et qui démontrent que vous êtes dans une situation financière précaire.

SECTION 9 — Pièces justificatives

OBLIGATOIRE Vous devez obligatoirement joindre les pièces justificatives suivantes :

- Les preuves de revenus (RL-1, T4 et/ou talon de paye) * Merci de bien vouloir masquer votre numéro d'assurance sociale.
- Les soumissions et/ou factures

OPTIONNEL Vous pouvez joindre les pièces justificatives suivantes, si besoin est :

- Un rapport d'ergothérapeute (MAX : deux pages)
- Tout autre document pertinent (MAX : deux documents)

SECTION 10 — Déclaration sur l'honneur

Je déclare par la présente que tous les renseignements fournis sont exacts et complets et que tous les documents qui s'y rattachent sont véridiques.

Signature _____

Date _____