



## DEMANDE D'AIDE ALIMENTAIRE

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_ Nom/Prénom du conjoint : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. (ou 2<sup>e</sup> moyen de com.) : \_\_\_\_\_

Type de famille (couple, mono ou biparentale, seul) : \_\_\_\_\_

Type de logement (HLM, amis, propriétaire ou locataire, etc.) : \_\_\_\_\_

Nb d'adultes aidés : \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ \_\_\_\_ Nb d'enfants (habitant avec vous) : \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ \_\_\_\_

Dépannage pour combien de personnes : \_\_\_\_ Nb de colocs : \_\_\_\_ Nom/Prénom du coloc : \_\_\_\_\_

Êtes-vous en démarche avec un organisme, si oui, avec lequel : \_\_\_\_\_

| Revenus   | Montant mensuel | Dépenses  | Montant Déclaré | Montant accepté |
|---|-----------------|---|-----------------|-----------------|
| Salaire du ménage (emploi, chômage, aide sociale) |                 | Logement ( <b>inscrire le montant qui vous revient si en colocation</b> ) |                 |                 |
| Allocations et prestations familiales (PUGE)      |                 | Chauffage et électricité  |                 |                 |
| Pension alimentaire                               |                 | Téléphone <u>ou</u> cellulaire, TV et Internet                            |                 |                 |
| RQAP  |                 | essence   |                 |                 |
| Prêts et bourses                                  |                 | Assurances /Permis/Plaques  |                 |                 |
| SAAQ/CSST/Invalidité                              |                 | Médicaments (non-couvert)   |                 |                 |
| Rentes  |                 | Pension alimentaire   |                 |                 |
| Crédit d'impôt solidarité                         |                 | Garderie  |                 |                 |
| Allocation de logement                            |                 | Loisirs/Vêtements   |                 |                 |
| Autres revenus                                    |                 | Dettes : Prêt, carte crédit, syndic, etc.                                 |                 |                 |
| <b>TOTAL</b>                                      |                 | <b>TOTAL</b>  |                 |                 |

Réservé à l'administration

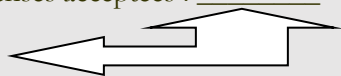
Total des dépenses acceptées : \_\_\_\_\_

TOTAL des revenus : \_\_\_\_\_

MOINS les dépenses : \_\_\_\_\_

BUDGET DISPONIBLE POUR ÉPICERIE : \_\_\_\_\_ OUI : \_\_\_\_ NON : \_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_

BUDGET ALLOUÉ À L'ÉPICERIE (en fonction du nombre de personnes) : \_\_\_\_\_



DÉCRIVEZ BRIÈVEMENT VOTRE SITUATION (compléter en annexe au besoin) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je certifie que les informations fournies dans le présent document sont exactes.

Initiales \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance du fonctionnement pour recevoir des dépannages alimentaires.

Initiales \_\_\_\_\_

J'autorise l'organisme à échanger des informations avec Moisson Haut-Saint-François et bénévoles

Initiales \_\_\_\_\_

*\*\* Une absence non justifiée lors de la distribution entrainera en perte d'aide alimentaire pour le mois courant*

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (J/M/A)

Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (J/M/A)

## FONCTIONNEMENT DE MOISSON HAUT-SAINT-FRANÇOIS

\*\*\* Prendre note qu'une cotisation est demandée:

2\$ pour personne seule, 3\$ par couple et 5\$ pour une famille

- Le demandeur doit être résident du Haut-Saint-François et vivre une situation financière précaire;
- La demande doit être complétée et envoyée par un organisme du Haut-Saint-François au [Moissonhsf@gmail.com](mailto:Moissonhsf@gmail.com);
- Faire parvenir la demande au plus tard le vendredi précédent la distribution;
- Présentement, il y a distribution dans 7 points de services mensuellement (East Angus, Cookshire, La Patrie, Weedon, Saint-Isidore-De-Clifton, Dudswell et Scotstown). Voir calendrier de distribution;
- Le formulaire est valide pour deux dépannages mensuels, ensuite, ce sera du cas par cas selon les démarches entreprises;
- Moisson Haut-Saint-François communiquera avec le demandeur maximum 1 journée avant la distribution pour l'aviser de l'acceptation ou du refus de la demande, et lui donner les détails de la distribution;
- Moisson Haut-Saint-François se laisse le droit de refuser la demande;
- La politesse et le civisme est de mise: aucune forme d'agression ou de violence physique, verbale ou psychologique ne sera tolérée lors des distributions;
- Le demandeur devra apporter des sacs (plastiques ou réutilisables) pour le transport des denrées;
- Pour plus d'informations, vous pouvez communiquer avec Moisson Haut-Saint-François par courriel au [Moissonhsf@gmail.com](mailto:Moissonhsf@gmail.com) ou au 819-943-2781

Merci de votre collaboration!

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DE MOISSON HAUT-SAINT-FRANÇOIS

DEMANDE ACCEPTÉE

DEMANDE REFUSÉE

Commentaires : \_\_\_\_\_

Durée d'adhésion selon le barème:

Signature du responsable

**Moisson Haut-Saint-François** : 53 rue Angus Sud, East Angus, Québec, J0B 1R0

**Contact** : Katia Palardy (819-943-2781) **courriel** : [MoissonHsf@gmail.com](mailto:MoissonHsf@gmail.com)

**Suivez-nous sur** : <https://www.facebook.com/moissonhsf>