|  |
| --- |
| **Date :** |

***Section 1 : Identification (personnes de 18 ans et +)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom 1 :**  | **Nom 2 :** |
| **Date de naissance :** | **Date de naissance** |
| **Adresse :** |
| **Tél. :**  |
| **Personne référence à contacter pour vous rejoindre si non disponible au numéro de téléphone ci-dessus ::** |

***Section 2 : Données socio-économiques***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nbre d’enfants à charge :** | **État civil :** |
| **Prénom et nom :** | **masc. 🞏 fém. 🞏 Âge :** **Date de naissance :** |
| **Prénom et nom :** | **mas. 🞏 fém. 🞏 Âge :** **Date de naissance :** |
| **Prénom et nom :** | **masc. 🞏 fém. 🞏 Âge :** **Date de naissance :** |
| **Prénom et nom :** | **masc. 🞏 fém. 🞏 Âge :** **Date de naissance :** |
| **Prénom et nom :** | **masc. 🞏 fém. 🞏 Âge :** **Date de naissance :** |

|  |
| --- |
| **NOMBRE DE PERSONNES AU TOTAL DANS LA FAMILLE :** |

|  |
| --- |
| **Désirez-vous des jouets, livres ou jeux ?** |

|  |
| --- |
| **Type d’habitation** : Propriétaire 🞏 Locataire  🞏 Pensionnaire 🞏 |

***Section 3 : Situation financière***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REVENUS/MOIS** | **Nom 1** | **Nom 2** | **TOTAL** |
| **Salaire net** | $ | $ | $ |
| **Sécurité du revenu** | $ | $ | $ |
| **Allocation familiale** | $ | $ | $ |
| **Pension alimentaire** | $ | $ | $ |
| **Assurance-chômage** | $ | $ | $ |
| **Pension de vieillesse** | $ | $ | $ |
| **Régime de rentes et/ou supplément de revenu garanti** | $ | $ | $ |
| **Prestation d’invalidité** | $ | $ | $ |
| **Autres (précisez)** | $ | $ | $ |
| **TOTAL DES REVENUS** | $ | $ | $ |

**(verso)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÉPENSES** | **Nom 1** | **Nom 2** | **TOTAL** |
| **Loyer/Hypothèque** | $ | $ | $ |
| **Électricité** | $ | $ | $ |
| **Chauffage (électrique, bois, huile, etc.)** | $ | $ | $ |
| **Téléphone** | $ | $ | $ |
| **Taxes municipales, scolaires** | $ | $ | $ |
| **Assurance : résidentielle** **automobile** **vie** | $ | $ | $ |
| **Pension alimentaire** | $ | $ | $ |
| **Frais de garderie** | $ | $ | $ |
| **Location d’appareil (câble, système de son, etc.** | $ | $ | $ |
| **Automobile : permis de conduire immatriculation essence** | $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | $ | $ |
| **Total des dépenses** | $ | $ | $ |
| **Dettes à rembourser/mois** | **Nom 1** | **Nom 2** | **TOTAL** |
| **1.** | $ | $ | $ |
| **2.** | $ | $ | $ |
| **3.** | $ | $ | $ |
| **4.** | $ | $ | $ |
| **Total des dettes à rembourser** | $ | $ | $ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TOTAL DES REVENUS (moins)** |  |  |  |
| **TOTAL DES DÉPENSES ET DETTES (=)**  |  |  |  |
| **SURPLUS** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Où avez-vous entendu parler du Service de panier de Noël** |
| **Nom de la personne qui viendra chercher le panier :** |

Le bénéficiaire reconnaît que ni Moisson Mauricie, ni le fournisseur n’ont et n’auront de responsabilité quelconque relativement aux denrées alimentaires fournies gratuitement et notamment quant à la fabrication, la préparation, l’emballage, la qualité, l’entreposage ou le transport de celle-ci. Le bénéficiaire renonce par la présente à faire toute réclamation ou à intenter toute poursuite judiciaire de quelque nature que ce soit contre Moisson Mauricie ou le fournisseur relativement à tout dommage subi par lui ou par les personnes qui bénéficient de ces denrées.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Veuillez retourner ce document avant le 12 novembre 2021.***

Adresse : 511, rue Massicotte, Saint-Narcisse (Québec) G0X 2Y0

1) Avez-vous effectué ou prévoyez-vous effectuer une demande d’aide alimentaire auprès d’un autre organisme pour la période de Noël ?

Oui □ Non □

2) Si oui, le nom de l’organisme et la date de la demande : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) J’autorise le Centre d’action bénévole de la Moraine à demander des renseignements auprès de cet organisme :

(Signature du demandeur) (Date)