



Maison des Familles La Cigogne du Lac-St-Jean-Est  
 155, St-Joseph Sud, C.P. 2205,  
 Alma (Québec) G8B 5W1  
 Téléphone : (418) 662-3690 p. 122 – Télécopieur : (418) 662-3984  
 Courriel : [services@mdfc-lsje.com](mailto:services@mdfc-lsje.com)



## Épicerie en attente

Date de la demande : \_\_\_\_\_ Organisme référent : \_\_\_\_\_  
 Intervenant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

### Identification du demandeur

Nom: \_\_\_\_\_ Conjoint(e): \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Source du revenu	Logement	Composition du ménage	Nombre d'enfant(s)	
<input type="checkbox"/> Emploi	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Personne seule	0-5 ans	
<input type="checkbox"/> Assurance emploi	<input type="checkbox"/> Locataire	<input type="checkbox"/> Couple sans enfant	6-10 ans	
<input type="checkbox"/> Sécurité du revenu	<input type="checkbox"/> En colocation	<input type="checkbox"/> Famille (2 adultes + enfant(s))	11-18 ans	
<input type="checkbox"/> Aucun revenu	<input type="checkbox"/> Logement social	<input type="checkbox"/> Monoparental		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Itinérance	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>			

### Critères d'accessibilité à respecter \*à cocher

- Le demandeur doit résider dans le comté du Lac-Saint-Jean-Est
- Le demandeur doit vivre **une période de vulnérabilité** qui le place dans une situation **d'insécurité financière temporaire**
- Le demandeur doit être proactif dans ses démarches

### Raison de la demande

Retour aux études     Recherche d'emploi     Changement de vie:     Autre : \_\_\_\_\_

**Précisez la démarche de changement :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Aide demandée

Sélectionnez la catégorie appropriée (cochez une seule case) :

- Personne seule : 75\$/sem.                       Monoparentale : 75\$/sem (+25\$ par enfant / **maximum 75\$**)
- Couple – 2 adultes sans enfants : 125\$/sem.                       Famille – 2 adultes avec enfants : 150\$/sem.

### Aide allouée \*Section réservée à l'administration

J'ai fait signé 3 cartes de remerciement pour les donateurs                      Initiales : \_\_\_\_\_

Date de réception du budget : \_\_\_\_\_ Autorisation de la direction : \_\_\_\_\_

Montant alloué suite à l'évaluation : \_\_\_\_\_ \$/sem. Pendant \_\_\_\_\_ sem.

Montant alloué pour la 1<sup>ère</sup> épicerie : \_\_\_\_\_ \$ Autorisé par : \_\_\_\_\_

Montant réel utilisé à la fin de l'aide : \_\_\_\_\_ \$

X  
 \_\_\_\_\_  
 (Signature du bénéficiaire)

X  
 \_\_\_\_\_  
 (Signature du responsable)