



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



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^{ère} épicerie : _____ \$ Autorisé par : _____

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

X _____
 (Signature du bénéficiaire)

X _____
 (Signature du responsable)