



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



TABLE DE CONCERTATION
 EN SÉCURITÉ ALIMENTAIRE
 Lac-Saint-Jean-Est

Dépannage alimentaire d'urgence Lac-St-Jean-Est

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 ne doit pas recevoir d'aide sociale
- Le demandeur ne doit pas recevoir ou être en attente d'une aide alimentaire récurrente (ex. Moisson Alma, Saint-Vincent de Paul)
- Le demandeur doit vivre une **situation exceptionnelle qui le place dans une crise financière urgente et immédiate**
- Le besoin doit être pour une aide ponctuelle non récurrente

Raison de la demande

- En attente d'un revenu (ex. assurance-emploi, sécurité du revenu) : _____
- Déménagement Perte d'emploi Dépenses imprévues : _____
- Maladie Séparation/divorce Aucun revenu Autre : _____

Précisez : _____

Aide demandée

- Dépannage pour une épicerie d'une valeur maximale à 100\$

Aide allouée *Section réservée à l'administration

Montant reçu :

_____ \$ Épicerie communautaire solidaire La Maisonnées
 _____ \$ Supermarché
 _____ \$ Montant payé par le demandeur
 _____ \$ Total

X _____
 (Signature du bénéficiaire)

X _____
 (Signature du responsable)