

CARREFOUR FAMILIALE DE CHUTE-AUX-OUTARDES

37 RUE DE L'ÉGLISE
CHUTE-AUX-OUTARDES
G0H 1C0



NAME: _____

ADRESSE PERSONNELLE : _____

TÉLÉPHONE : _____

AVEZ-VOUS UN CONJOINT(E) OU AUTRE PERSONNE QUI HABITE AVEC VOUS ?

☐ OUI ☐ NON NOM : _____

AVEZ-VOUS DES ENFANTS À CHARGE ?

☐ OUI ☐ NON ÂGE : _____

AVEZ-VOUS FAIT UNE DEMANDE D'AIDE AUTRE QUE CELLE FAITE ICI ?

☐ OUI ☐ NON PRÉCISEZ : _____

ÊTES VOUS RÉFÉRÉ PAR UN ORGANISME : _____

REVENUS

☐ AIDE SOCIAL _____	☐ ALLOCATION FAMILIALE QUÉBEC _____
☐ ASSURANCE EMPLOI _____	☐ ALLOCATION FAMILIALE FÉDÉRAL _____
☐ RENTE _____	☐ PENSION ALIMENTAIRE _____
☐ REVENU DE TRAVAIL _____	☐ PENSION DE VIEILLESSE _____

DÉTAIL

REVENUS	MONTANT
TOTAL DES REVENUS	
MOINS COÛT DU LOYER	
MOINS ÉLECTRICITÉ	
MOINS CABLE, TÉLÉPHONE, ETC ...	
TOTAL NET	

QUELS SONT VOS MOTIFS DE VOTRE DEMANDE D'AIDE ?

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-AVANT SONT VÉRÉDIQUES AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, ET PAR LA PRÉSENTE, JE M'ENGAGE À VÉRIFIER LES ALIMENTS QUI SERONT REÇUS DU COMPTOIR ALIMENTAIRE ET À DÉGAGER LE COMPTOIR ALIMENTAIRE ET SES FOURNISSEURS DE TOUTE RESPONSABILITÉ ET DE TOUTE POURSUITE FACE AUX DENRÉES REÇUES.

RESPONSABLE : _____ SIGNATURE : _____ DATE : _____