|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER** |
| MESURE D’ALLÈGEMENT FINANCIER POUR L’INSCRIPTION EN CAMP AUX FAMILLES SINISTRÉES |

**INFORMATIONS À COMPLÉTER**

*Veuillez compléter les informations demandées concernant la famille, l'inscription en camp et joindre au formulaire les pièces justificatives exigées. Retournez ensuite le formulaire, accompagné des pièces justificatives, à l’Association des camps du Québec, à l’attention de :*

Yan D’Amours

Responsable de la mesure

**Association des camps du Québec**

A 4545 avenue Pierre-de-Coubertin, Montréal, Québec, H1V 0B2

T 514 252.3113 - 1 800 361.3586

@ ydamours@camps.qc.ca

**LA FAMILLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LE PARENT** |  | **L'ENFANT** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRÉNOM** |  |  | **PRÉNOM** |  |
| **NOM** |  |  | **NOM** |  |
|  |  |  |  |  |
| ADRESSE |  |  | **DATE DE NAISSANCE** |  |
| VILLE |  |  |  | *JOUR / MOIS / ANNÉE* |
| CODE POSTAL |  |  | **NUMÉRO DE DOSSIER ACTIF DE SINISTRÉ** |  |
| TÉLÉPHONE |  |  |  |
| TÉLÉPHONE AUTRE |  |  | *Il s’agit du numéro apparaissant sur la lettre officielle reçue du Ministère de la Sécurité publique et confirmant votre statut de sinistré.* | |
|  |  |  |  |  |
| **COURRIEL** | *L'adresse courriel inscrite sera celle utilisée pour vous retourner la confirmation de réception du formulaire, ainsi que la confirmation de remboursement.* | | | |
|  |
| **Adresse courriel** |  | | | |

**L'INSCRIPTION EN CAMP**

**INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR EN CAMP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |  |  |  | |
| **NOM DU CAMP** |  |  | | |  | **DURÉE DU SÉJOUR** | | | | | | | |  | |  | | |
| **TYPE DE CAMP (OBNL)** |  | |  | | --- | |  | | | |  | *Veuillez inscrire la durée du séjour effectué par l'enfant.* | | | | | | |  | |  | | |
| *Veuillez cocher le type de camp:* |  |  | | |  | *Si votre enfant a effectué plus d'un séjour en camp, veuillez inscrire le séjour en camp de vacances en priorité afin de bénéficier du montant de remboursement supérieur admissible.* | | | | |  |  | | | | |
| * CAMP DE JOUR | | | | |  |  | | | |
| * CAMP DE VACANCES * CAMP FAMILIAL | | |  |  |  | **DU :** | | | | | | | | |
|  | | |  |  |  |
|  | | | | |  |  | | | |
|  |  |  | | |  |  |  |  | |
|  |  |  | | |  | **AU :** |  |  | |
|  |  |  | | |  |  | | | |
|  |  |  | | |  |  |  |  | |
|  |  |  | | |  | **PAIEMENT ET FACTURE** | | | |
|  |  |  | | |  | *Veuillez inscrire le montant du séjour payé par le parent ou titulaire de l'enfant.* | | | |
|  |  |  | | |  | ***MONTANT PAYÉ*** |  |  | |
| **PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR** | | | | | | | | |
| *Veuillez joindre au formulaire toutes les pièces justificatives demandées.* | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| * Copie de lettre officielle du ministère de la Sécurité publique envoyée aux sinistrés |
| * Copie de facture du paiement pour l’inscription au camp |
| * Copie de spécimen de chèque du parent (# d'institution bancaire, de transit et de folio) en vue du versement du soutien financier alloué |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ACCEPTATION ET SIGNATURE** | | |  |  | | *Je confirme que les documents fournis (renseignements et pièces justificatives) sont exacts et complets. Je confirme aussi avoir pris connaissance des règles de la mesure de soutien et les accepter.* | | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | | Signature du parent | | |  | Date | |

*À REMPLIR SI ÉLIGIBLE (FACULTATIF)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MESURE D’ALLÈGEMENT FINANCIER POUR L’INSCRIPTION EN CAMP AUX FAMILLES SINISTRÉES**  **EN SITUATION DE PAUVRETÉ**  *ÉLIGIBILITÉ ÉTABLIE À PARTIR DES CRITÈRES DU PROGRAMME D'ASSISTANCE FINANCIÈRE À L'ACCESSIBILITÉ AUX CAMPS DE VACANCES* | | | | | | |
|
|
|
|
| *Si vous souhaitez obtenir le soutien financier additionnel prévu par la mesure pour famille en situation de pauvreté, veuillez compléter les informations ci-bas.* | | | | | | | |
| **TAILLE DU MÉNAGE** |  | * 1 personne |  | **REVENU FAMILIAL ANNUEL BRUT** | * 24 400$ et moins | | |
| *Veuillez cocher la case correspondante:* |  | * 2 personnes |  | * De 24 401$ à 30 378$ | | |
|  | * 3 personnes |  | *Veuillez cocher la case correspondante:* | * De 30 379$ à 37 345$ | | |
|  | * 4 personnes |  | * De 37 346$ à 45 343$ | | |
|  |  | * 5 personnes |  | * De 45 344$ à 51 427$ | | |
|  |  | * 6 personnes |  | * De 51 428$ à 57 999$ | | |
|  |  | * 7 personnes |  | * De 58 000$ à 64 574$ | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| **PIÈCE JUSTIFICATIVE OBLIGATOIRE À JOINDRE** | | | | | |  | |
| *Veuillez nous faire parvenir une copie de l'un des documents suivants:* |  | * Avis de cotisation (T -451) délivré par l’Agence du revenu du Canada; | | |  |  | |
|  | * Avis de cotisation (TPF-98) délivré par le ministère du Revenu du Québec; | | |  |  | |
|  | * Avis sur le crédit d’impôt remboursable pour le soutien aux enfants du Régime de rentes du Québec; | | | | | |
|  | * Carnet de réclamation remis à un adulte ou à une famille prestataire de l’aide financière de dernier recours du ministère de l’Emploi et de la Solidarité sociale. | | | | | |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACCEPTATION ET SIGNATURE** |  |  |
| *Je confirme que les documents fournis (renseignements et pièces justificatives) sont exacts et complets. Je confirme aussi avoir pris connaissance des informations du formulaire et accepte les modalités d’inscription.* | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Signature du parent |  | Date |