



## CAMP CAROWANIS

306, rue St-Zotique Est, suite 100, Montréal, QC, H2S 1L6  
Tél : 514-731-9683 / Sans frais: 1-800-731-9683  
www.diabete-enfants.ca | carowanis@diabete-enfants.ca

### FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

ÉTÉ 2019

Tel que demandé, vous trouverez ci-joint un formulaire de demande d'aide financière applicable au frais de séjour de votre enfant diabétique seulement, excluant les frais d'inscription et de transport, qui doivent être obligatoirement défrayés par la famille.

**IMPORTANT :** Les demandes d'aide financière – totale ou partielle – seront accueillies et traitées avec confidentialité. Toutefois, puisque nous devons faire le calcul à partir du seuil de faible revenu établi par Statistique Canada, il vous sera demandé de soumettre une preuve de vos revenus annuels bruts familiaux (*avis de cotisation d'impôt ou une copie de déclaration de vos revenus*).

Depuis 1958, Camp Carowanis rend accessible à tous les jeunes enfants atteints de diabète l'expérience enrichissante de la vie dans un camp de vacances spécialisé. Les familles peuvent bénéficier d'une aide financière offerte par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport dans le cadre du Programme d'assistance financière à l'accessibilité aux camps de vacances. Une participation financière sera demandée selon les revenus de votre famille.

Nous comprenons que vos ressources financières soient limitées, cependant d'autres façons de nous aider sont toutes aussi valables. Dans la mesure de vos moyens, que ce soit par du bénévolat ou par des offres de services, nous vous invitons à saisir toutes les opportunités pour offrir votre appui au camp.

En vous remerciant de votre collaboration, nous vous transmettons nos salutations distinguées.

Danielle Brien  
Directeur Général  
Camp Carowanis



FONDATION  
RESSOURCES  
POUR LES  
ENFANTS  
DIABÉTIQUES



Association des  
camps du Québec





Cette demande d'aide financière est applicable au frais de séjour de votre enfant diabétique seulement, **EXCLUANT** les frais d'inscription et de transport. Les informations que vous nous transmettez ne compromettront nullement l'acceptation de votre enfant et seront traitées en toute confidentialité.

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE 2019**

**Identification de votre enfant**

\_\_\_\_\_

Nom et prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance (Jour / Mois / Année) \_\_\_\_\_

**Identification du parent/tuteur légal**

\_\_\_\_\_

Nom et prénom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse Rue Ville Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone résidence \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire \_\_\_\_\_

**Situation familiale**

Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Conjoint de faits  Autre  \_\_\_\_\_

Nombre de personne à charge : \_\_\_\_\_

Adulte(s)                      Enfant(s)                      Âge    Âge    Âge    Âge

**Attestation du parent/tuteur**

Si la famille est composée de 2 adultes:

1. Les deux travaillent	<input type="checkbox"/>
2. Les deux sont aux études	<input type="checkbox"/>
3. Un travaille, un est aux études	<input type="checkbox"/>
4. Un travaille, un est sans emploi	<input type="checkbox"/>
5. Les deux sont sans emploi	<input type="checkbox"/>
6. Un est aux études, un est sans emploi	<input type="checkbox"/>

Si la famille est monoparentale:

1. Je travaille	<input type="checkbox"/>
2. Je suis aux études	<input type="checkbox"/>
3. Je suis sans emploi et reçois du chômage	<input type="checkbox"/>
4. Je suis sans emploi et reçois l'aide sociale	<input type="checkbox"/>
5. Autre : _____	

**Revenus familiaux**

A. REVENUS ANNUELS bruts de toute provenance au cours de l'année précédente (2018) : \_\_\_\_\_ \$

(Ceux-ci inclus le salaire de tous les membres de la famille, aide sociale, soutien aux enfants, pension alimentaire, assurance emploi, allocation familiale, prestations gouvernementales et tout autre revenu).

**Aide financière**

**Fin de semaine familiale**

Frais **obligatoires** à déboursier par la famille:                      100\$

Aide financière demandée par la famille :

Nombre d'enfant (2 à 12 ans)	X 70 \$	=	_____ \$
+			
Nombre d'adultes (13 ans et +)	X 160 \$	=	_____ \$
-			
Montant que la famille peut déboursier (Autre que les frais obligatoires)	=		_____ \$
=			
Total de l'aide financière demandée par la famille	=		_____ \$

**Bénévolat**

- Je désire être contacté pour faire du bénévolat (envois postaux, journées corvées, etc.)
- Je ne peux pas faire de bénévolat parce que : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VEUILLEZ FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE :**

Par la poste : Camp Carowanis, 306, rue St-Zotique Est, bureau 100, Montréal, Québec, H2S 1L6  
À l'attention de Janie Bédard

Ou

Par courriel : [jbedard@diabete-enfants.ca](mailto:jbedard@diabete-enfants.ca)

Pour toutes questions, communiquez avec Janie Bédard par courriel ou téléphone au : 514-731-9683 p.223

**DOCUMENTS À JOINDRE ABSOLUMENT À VOTRE DEMANDE :**

**Veillez nous faire parvenir une preuve de vos revenus annuels bruts familiaux : avis de cotisation d'impôt (fédéral T-451 ou provincial TPF-98) ou une copie de déclaration de vos revenus.**

Votre demande sera traitée uniquement sur réception du formulaire de demande d'aide financière dûment complété ainsi que des documents justificatifs obligatoires.

J'atteste que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques. J'autorise les responsables du Camp Carowanis à vérifier les renseignements déclarés. Toute fausse déclaration entraînera l'annulation de votre demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

**Section réservée à l'administration de Camp Carowanis**

Demande admissible: Oui  Non  Motifs : \_\_\_\_\_

Montant que la famille devra déboursier : \_\_\_\_\_ \$

Aide financière accordée : \_\_\_\_\_ \$

Autorisé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_