



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) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de faits <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____			
Nombre de personne à charge : _____			
	Adulte(s)	Enfant(s)	Âge Âge Âge Âge
Attestation du parent/tuteur			
<i><u>Si la famille est composée de 2 adultes :</u></i>		<i><u>Si la famille est monoparentale :</u></i>	
1. Les deux travaillent	<input type="checkbox"/>	1. Je travaille	<input type="checkbox"/>
2. Les deux sont aux études	<input type="checkbox"/>	2. Je suis aux études	<input type="checkbox"/>
3. Un travaille, un est aux études	<input type="checkbox"/>	3. Je suis sans emploi et reçois du chômage	<input type="checkbox"/>
4. Un travaille, un est sans emploi	<input type="checkbox"/>	4. Je suis sans emploi et reçois l'aide sociale	<input type="checkbox"/>
5. Les deux sont sans emploi	<input type="checkbox"/>	5. Autre : _____	
6. Un est aux études, un est sans emploi	<input type="checkbox"/>		
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			
Programme 2 semaines (PALIER #1 = 1 050\$)			
Frais obligatoires à déboursé par la famille:	195\$	+	_____ \$
	Inscription	Transport	= _____ \$
			Frais obligatoires
Aide financière demandée par la famille :	1 050 \$	-	_____ \$
	Coût d'un séjour	Ce que la famille peut déboursé (excluant les frais obligatoires)	= _____ \$
			Aide financière demandée

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

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 : _____