

Critères d’admissibilité

|  |  |
| --- | --- |
| 1ère Aide Alimentaire : |  |
| 2ème Aide Alimentaire : |  |
| Groupe : |  |
| Début : |  |
| Fin : |  |
| A réévaluer le : |  |
| Revenu total : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Accepté : ☐ | Durée : ☐ 3 mois ☐ 6 mois ☐ 12 mois ☐ A réévaluer dans mois |
| Refusé : ☐ | Motifs : |

|  |
| --- |
| Inscription |
| Ouverture du dossier | Nom : |
| Adresse : |  | Tel : |  |
| Ville : |  | Code Postal : | D.N. : | Âge : |
| Adresse courriel |  |
| Conjoint **:** |  | D.N. : | Âge : |
| Nombre pers. 18 + : | Garde permanente des enfants : | Garde partagée des enfants : |
| Nombres pers. 65 + |
| Parent étudiant ? |
| Niveau d’études : secondaire post secondaire universitaire  |
| Niveau d’études : secondaire post secondaire universitaire |
| Type d’habitation : Locataire Propriétaire |
| Nouveaux arrivants ré Réfugié  |
| Enfants (0 à 18 ans) : |
| Nom Prénom Sexe Age D.N. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Condition économique | **Revenus mensuels** |
| Sécurité du revenu |  | Emploi |  | Crédit solidarité |  |
| Pension sécurité vieillesse |  | Régie des rentes  |  | Crédit TPS/TVQ |  |
| Indemnités SAAQ  |  | Allocation logement |  | Dividendes |  |
| Soutien provincial aux enfants |  | Prestation fiscale canadienne enfants |  | Indemnité CNESST |  |
| Pension alimentaire |  | Invalidité |  | A/E |  |
|  | RQAP |  |  |  |  |  |
| Autres revenus |  |  |  |  |  |
|  |  |  | TOTAL |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Condition économique | **Dépenses mensuelles** |
| Logement : Hypothèque : Réparations : |     | Taxes mun. : Taxes scol. : |    | Électricité : Chauffage : |    | Téléphone : Câble: Internet: |     |
| Permis cond. : |   | Prêts auto : |   | Prêt perso : |   | Ass. Vie : |   |
| Immatricul. : |   | Répara. Auto : |   | Prêt étud.: |   | Ass. Auto : |   |
| Contravent. : |   | Frais transp. : |   |  |  | Ass. |  |
| Maison : |   |
| Impôts à |   |  |  |  |  |  |  |
| Payer :Marge crédit : |   | Cartes credit: |   | Pens.alim : |   | Garderie : |   |
| Épicerie : |   | Cigarettes : Alcool : |    | Médicam.: Lunettes : |  | Vêtements :  |
| Animaux : |   | Autres : |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | TOTAL |  |

Par la présente, je déclare que les informations fournies sont complètes et véridiques.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Services et intérêts | Popote : | Oui Non | Date de la demande : | Fréquence :  |
| Allergies : |   |  | Chaud Froid |
| Transports : | Oui Non | Date de la 1ere demande : | Niveau autonomie : |
| Visite d’amitiéIntérêt ? : | Oui Non |  |  |
|  |  |  |  |
| Activités de | Oui Non |  |  |
| Socialisation, intérêt ? : |  |  |  |
| Bénévolat | Marche Repas communautaire Vie active Cafés rencontres |
| Matériel scolaire | Don de vêtements Don de meubles Cuisines collectives |
| Paniers de Noël | Arbre enchanté Noël des pompiers Autre :  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Condition personnelle | Avez-vous un handicap ? | Non ☐ | Oui ☐ | Si oui ; lequel |
| Physique ☐ |  | Intellectuel ☐ |  |
| Est-ce que votre état de santé vous permet de travailler ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| Si non, pourquoi ? |
| Etes-vous apte au travail ? | Oui ☐ | Non ☐ |
| Pourquoi ? |
| Vous prévoyez avoir besoin de l’aide alimentaire pour combien de temps ? |  Mois |

|  |  |
| --- | --- |
| Informations supplémentaires | **Vous comprenez que cette aide n’est pas permanente et qu’en tout temps vous pouvez être retiré de nos services si vous ne respectez pas les consignes.** |
| **Consignes :** |
| **Vous devez nous aviser au plus tard 2 heures avant votre rendez-vous si vous êtes dans l’impossibilité de vous présenter à l’heure et la date prévue** Si vous accumulez 3 manquements à vos rendez-vous sans avertissement vous serez automatiquement retiré de nos services pour une période minimale de **3 mois.** |
| J’ai lu et je comprends bien les consignes. |
| **Signature : Date :** |
| Autres informations : |
| Avez-vous déjà utilisé les services d’un SE ? |  | Autre SE |  |
| Si oui, depuis combien de temps utilisez-vous nos services ? |
| Comment avez-vous entendu parler de nos services ? |

Dégagement

Je dégage le Service d’Entraide de Bernières St-Nicolas de toute responsabilité concernant les produits alimentaires reçus.

Signature : Date :

Paniers de Noël

☐ Je suis disponible à venir chercher le panier de Noël

☐ Je ne suis pas disponible à venir chercher le panier de Noël

Signature : Date :

Par la présente, je déclare que les informations fournies sont complètes et véridiques.