

Formulaire de demande d'aide financière

Coordonnées du requérant

Nom du requérant:

Adresse:

Téléphone:

Courriel :

Nom de l'enfant (s'il y a lieu)

Date de naissance:

Accessoires admissibles

- Couches lavables
- Inserts
- Compresse d'allaitement
- Serviettes hygiéniques
- Coupes menstruelles
- Culottes menstruelles lavables
- Applicateurs de tampons réutilisables
- Produits d'incontinence urinaire ou d'énurésie

Documents à l'appui

Factures originales

Montant total des factures payées par le requérant _____ \$

Preuve de naissance de l'enfant (s'il y a lieu) Document: fourni: _____

Preuve de résidence : _____ Document fourni :

Signatures

Signature du requérant : _____ Date :

Reçu par : _____ Date:

Autorisé par : _____ Date: