

Formulaire - 2025

Demande de panier de Noël

Client : _____

Rendez-vous : _____

Informations sur le bénéficiaire

Prénom, Nom : _____ Date de naissance : aaaa-mm-jj
Adresse : _____ État civil : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____
Adresse courriel : _____

Informations du ménage - conjoint(e) et enfant(s)

Prénom, nom du conjoint(e) : _____ Prénom _____ Nom _____

Date de naissance : aaaa-mm-jj

Nombre d'enfants de **moins de 18 ans à charge** dans le ménage :

Date de naissance : <u>aaaa-mm-jj</u>	M ☐	F ☐	Nom de l'enfant (optionnel) _____
<u>aaaa-mm-jj</u>	M ☐	F ☐	Nom de l'enfant (optionnel) _____
<u>aaaa-mm-jj</u>	M ☐	F ☐	Nom de l'enfant (optionnel) _____
<u>aaaa-mm-jj</u>	M ☐	F ☐	Nom de l'enfant (optionnel) _____
<u>aaaa-mm-jj</u>	M ☐	F ☐	Nom de l'enfant (optionnel) _____

Inscrire la date de naissance, entourer le sexe de chaque enfant et inscrire le nom de l'enfant (optionnel).

Personne de référence

Prénom, Nom : _____ Téléphone : _____

Lien avec le demandeur : _____

Raisons de la demande - expliquez pourquoi vous avez besoin d'un panier de Noël?

Situation financière

Source(s) de revenus, cochez toutes les cases qui s'appliquent :

EMPLOI ☐ AIDE SOCIALE ☐ ASSURANCE-EMPLOI ☐ ÉTUDIANT ☐ RRQ/RPC ☐

PRESTATIONS D'INVALIDITÉ ☐ PENSION DE VIEILLESSE ☐ AUCUN REVENU ☐

AUTRE : _____

Revenus mensuels bruts totaux du ménage : _____ \$

Dépenses mensuelles

Loyer/Hypothèque : \$ Électricité/Chauffage : \$ Téléphone/Internet : \$

Transport : \$ Assurance : \$ Médicaments/frais médicaux : \$

Garde d'enfants : \$ **autres dépenses essentielles :** \$

TOTAL des dépenses mensuelles : _____ \$

Historique d'aide alimentaire

Avez-vous déjà reçu de l'aide alimentaire d'urgence ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, de quel organisme: aaaa-mm-jj

Besoins spéciaux

Allergies alimentaires:

Restrictions alimentaires (médicales, religieuses, autres) :

Autres restrictions:

Consentement et signatures :

Je certifie que :

• Les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.

• **J'assume la responsabilité de la qualité des aliments** que je consommerai et qui me sont fournis gracieusement par le Centre d'action bénévole et, par le fait même, je dégage de toute responsabilité le personnel, les bénévoles, les administrateurs et les fournisseurs du CAB et je m'engage à les tenir indemnes de toute réclamation ou de toute poursuite judiciaire.

Consentement et signatures : **X**

Nous nous réservons le droit de vous demander des documents supplémentaires.

DATE LIMITE : VENDREDI LE 21 NOVEMBRE 2025

Remettez le formulaire à l'accueil du Centre d'action bénévole, situé au 23, rue Cutting à Coaticook, ou faites-le parvenir par courriel: adjmad@cabmrccoaticook.org

Les personnes acceptées seront contactées avant le vendredi 5 décembre 2025.

Réservé au CAB

Code couleur: VERT ☐ BLEU ☐ JAUNE ☐ MAUVE ☐

Responsable :

Date d'évaluation : aaaa-mm-jj

Statut: ☒ Accepté ☐ Refusé ☐ En attente ☐

Commentaires :