CENTRE D'Action BÉNÉVOLE DE LA MRC DE COATICOOK

FORMULAIRE – 2026

Demande de panier de Noël

Client: _____

Informations sur le bénéficiaire

Prénom, nom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ État civil : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

Adresse courriel: _____

Informations du ménage – personnes qui habitent avec vous

Prénom, nom du conjoint(e) : _____ Date de naissance : _____

Nombre d'enfants de moins de 18 ans à charge : _____

Date de naissance : _____ ☐ M ☐ F Nom de l'enfant (optionnel) : _____

Date de naissance : _____ ☐ M ☐ F Nom de l'enfant (optionnel) : _____

Date de naissance : _____ ☐ M ☐ F Nom de l'enfant (optionnel) : _____

Date de naissance : _____ ☐ M ☐ F Nom de l'enfant (optionnel) : _____

Date de naissance : _____ ☐ M ☐ F Nom de l'enfant (optionnel) : _____

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 ☐ RRQ/RPC ☐ Prestations d'invalidité

☐ Pension de vieillesse ☐ Allocations familiales Québec et fédérales

☐ Pension alimentaire ☐ Aucun revenu

☐ Autre : _____

Revenus mensuels nets du ménage : _____ $

Dépenses mensuelles essentielles

Dépense	Montant
Loyer / hypothèque	$
Électricité / chauffage	$
Téléphone / Internet	$
Transport	$
Assurances	$
Médicaments / frais médicaux	$
Garde d'enfants	$
Pension alimentaire	$
TOTAL DES DÉPENSES	$

Historique d'aide alimentaire

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

Si oui, de quel organisme : _____ Date : _____

Nom de votre intervenant s'il y a lieu : _____

Numéro de téléphone : _____

Un mois de relevé bancaire est demandé avec votre demande pour faire l'analyse de votre dossier.

Besoins spéciaux

Allergies alimentaires: _____

Restrictions alimentaires (médicales, religieuses, autres) : _____

Autres restrictions: _____

Consent and Signatures

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes.

J'assume la responsabilité de la qualité des aliments qui me sont fournis gracieusement par le Centre d'action bénévole et je dégage de toute responsabilité le personnel, les bénévoles, les administrateurs et les fournisseurs du CAB.

Signature: _____ Date: _____

ANALYSE FINANCIÈRE – RÉSERVÉ AU CAB

Revenus mensuels nets : _____ $

– Dépenses essentielles reconnues : _____ $

= Montant disponible après dépenses : _____ $

Nombre de personnes dans le ménage : _____

Décision : ☐ Accepté ☐ Refusé

Responsable : _____ Date d'évaluation : _____

Motif / situation particulière / commentaires :

_____

_____

DATE LIMITE 2026 : **vendredi 27 novembre 2026**

Les personnes acceptées seront contactées au plus tard le : **vendredi 4 décembre 2026**