

L'objectif de l'aide financière est de prévenir, rétablir et/ou améliorer la qualité de vie des personnes de 15 à 35 ans souffrant de dépendances et problèmes de santé mentale. L'aide financière se répartit en deux catégories :

Dons offerts à des organismes enregistrés à l'Agence du Revenu du Canada/Dons individuels à des personnes de 15 à 35 ans

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- 1** - Résider au Québec **2** - Respecter le seuil maximal de revenus établis par la Fondation
3 - Le bénéficiaire doit présenter un trouble de santé mentale et/ou dépendance, avoir complété ou amorcé une thérapie, ou désirer suivre une thérapie. **4** - Soumettre le formulaire complété ainsi que les documents demandés.

SECTION 1 - JE SUIS UN ORGANISME (Si vous n'êtes PAS un organisme, aller à la SECTION 2)

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME DEMANDEUR

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nom de l'organisme (Inscrire le nom apparaissant sur votre charte) | | Date de constitution de l'organisme AAAA / MM / JJ | |
| Numéro d'entreprise du Québec (NEQ): | | | |
| Mission de votre organisme : | | | |
| CLIENTÈLES DESSERVIES | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Adolescents <input type="checkbox"/> Adultes <input type="checkbox"/> Aînés (60 ans et plus) <input type="checkbox"/> Nouveaux arrivants <input type="checkbox"/> Personnes ayant des limitations fonctionnelles | | | |
| Autres, précisez : | | | |
| Adresse (n°, rue, app.) : | | | |
| Ville : | | Code postal : | |
| Téléphone : | | Cellulaire : | |
| Courriel : | | Site web : www. | |

SECTION 1 - DOCUMENTS À FOURNIR AVEC VOTRE DEMANDE :

- Charte/preuve d'incorporation États financiers (bilan/états des résultats) Rapport annuel/rapport d'activités

SECTION 2

INFORMATIONS DU BÉNÉFICIAIRE DU SOUTIEN FINANCIER

| | | | | | |
|---|--|---|--|-----------------------------------|--|
| Nom : | | Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre | | Âge : | |
| Contribution demandée : | | \$ | | Libellé du chèque à l'ordre de* : | |
| Description du besoin : | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Situation familiale: <input type="checkbox"/> En couple avec enfant(s) __ nbr d'enfants <input type="checkbox"/> Monoparentale avec enfant(s) __ nbr d'enfants | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Adulte habitant seul <input type="checkbox"/> Mineur habitant avec 1 parent <input type="checkbox"/> Mineur habitant avec 2 parents <input type="checkbox"/> Autre : | | | | | |
| Source de revenu: <input type="checkbox"/> A un emploi <input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> Autre : | | | | | |
| Rétablissement: <input type="checkbox"/> Thérapie complétée <input type="checkbox"/> Thérapie en cours <input type="checkbox"/> Désire suivre une thérapie | | | | | |
| L'établissement de la thérapie : | | | | | |

*Parent ou tuteur si moins de 18 ans

SECTION 2 - DOCUMENTS À FOURNIR AVEC VOTRE DEMANDE SI VOUS N'ÊTES PAS UN ORGANISME :

- Dernière déclaration fiscale/avis de cotisation complets Bilan actifs et passifs
 Billet du médecin maladie/arrêt de travail, le cas échéant

FORMULAIRE REMPLI PAR

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| Nom et Prénom : | | Date : AAAA / MM / JJ | |
| <input type="checkbox"/> Intervenant <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input type="checkbox"/> Parent/Tuteur <input type="checkbox"/> Autre : | | | |
| Téléphone : | | Courriel : | |
| | | Cellulaire : | |
| La ou le signataire de la demande atteste que les renseignements fournis sont exacts et complets. | | | |
| Signature : | | | |

À L'USAGE UNIQUE DE L'ADMINISTRATION DE LA FONDATION LABERGE LÉGARÉ

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Financement accordé <input type="checkbox"/> Financement non accordé | |
| Raison invoquée : | |
| | |
| | |
| Montant octroyé : | |
| \$ | |