



Spina-bifida
hydrocéphalie
Québec

TOUT EST POSSIBLE

Programme d'aide financière pour les membres de l'ASBHQ
Formulaire de demande

Bénéficiaire du programme

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

No de téléphone : _____ - _____ - _____ Courriel : _____

Date de Naissance : _____

Diagnostic : Spina-bifida seulement

Spina-bifida et hydrocéphalie

Hydrocéphalie seulement

Autre (Précisez) _____

Nom de la personne qui remplit le formulaire : _____
(si différent de celui de la personne bénéficiaire)

Programme pour lequel vous adressez votre demande

Cochez le nom du programme

| Programme | Population visée |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Camp/répit | Jeunes – de 5 à 18 ans |
| <input type="checkbox"/> Adaptation vélo | Jeunes moins de 18 ans / Adultes |
| <input type="checkbox"/> Activités sportives pour ados | Adolescents de 14 à 18 ans |
| <input type="checkbox"/> Bourses d'études | Étudiants (post-secondaire) |
| <input type="checkbox"/> Besoins spéciaux | Tout âge |

Réservé à l'administration

Coût estimé des besoins : _____

Autre financement : _____

Montant accordé par l'ASBHQ : _____

Le Programme d'aide financière pour les membres de l'ASBHQ est accessible à tous les membres en règle de l'Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie du Québec et ce, depuis au moins un an. Une personne peut formuler une seule demande d'indemnisation par année. Les demandes sont étudiées dès réception.

Pour toutes questions, communiquez avec le personnel de l'ASBHQ :
Téléphone : (514) 340-9019 – Numéro sans frais : 1 800 567-1788
Courriel : info@spina.qc.ca

**Description des besoins ou services requis, selon le programme
(Ex. Nom du camp, durée du séjour, description du besoin spécial)**

Coût des besoins : _____

Justifiez en quelques phrases votre demande : quels sont les avantages que notre aide pourra apporter à la personne bénéficiaire.

Autres sources de financement obtenues ou auxquelles vous avez accès pour ce projet :

Don d'une Fondation ou d'un autre organisme : Oui Non
Montant reçu : _____

Si oui : Nom de l'organisme : _____

Assurance privée : Oui Non
Montant reçu : _____

Si oui : Nom de la Compagnie : _____

Certification

Je certifie que l'information fournie dans la présente demande est véridique.

Date : _____ Signature : _____

Merci de retourner ce formulaire et les pièces justificatives demandées par courriel à info@spina.qc.ca ou par la poste au 7000, avenue du Parc, bur.309, Montréal, (Québec) H3N 1X1