



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

<b>Programme</b>	<b>Population visée</b>
<input type="checkbox"/> Camp/répit	Jeunes – de 5 à 18 ans
<input type="checkbox"/> Adaptation vélo	Tous âges
<input type="checkbox"/> Activités sportives	Tous âges
<input type="checkbox"/> Bourses d'études	Étudiants (post-secondaire)
<input type="checkbox"/> Besoins spéciaux	Tous âges

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. 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](mailto: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](mailto:info@spina.qc.ca) ou par la poste au 7000, avenue du Parc, bur.309, Montréal, (Québec) H3N 1X1