



Numéro de demande d'aide

Numéro de la ressource

Coordonnées de la ressource demanderesse :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Nom de l'intervenant qualité de la ressource :

Nom de l'intervenant clinique :

Raison(s) de la demande : (Expliquez-nous vos démarches, la raison d'être de votre situation...)

Nom de l'avocat :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse courriel :

Quelles sont les démarches entamées auprès de votre avocat ?

IMPORTANT :

En tout temps, SFARIEL se réserve le droit de vous demander tout document ou tout renseignement supplémentaire et/ou communiquer avec les personnes responsables au dossier ci-haut mentionné, pour vérifier votre admissibilité et établir le montant d'aide qui pourrait vous être accordée. Votre demande d'aide financière pourrait être refusée si vous ne les fournissez pas dans les délais demandés.

Toutes fausses déclarations ou omissions peuvent occasionner une annulation de la demande et un remboursement des sommes avancées devra être effectué à SFARIEL immédiatement.

Le comité SFARIEL se réserve le droit d'accepter ou refuser la demande. La ressource ne pourra en aucun cas contester la décision de SFARIEL et/ou la tenir responsable d'une décision adoptée et donc ne pourra entamer aucune poursuite.

Date de la demande :

Nom, Prénom en lettres moulées :

Signature :

Tél : 450 477-4473

www.sfariellanaudiere.com

sfariellanaudiere@gmail.com

RÉSERVÉ SFARIEL

Date de réception :

Nom de la responsable au dossier :

Accepté le :



Membres du comité :

1- _____

2- _____

3- _____

Raison du refus :
