

# **Demande d’aide financière**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Père** |  | **Mère** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Nom : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Prénom : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Date de naissance : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Profession : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Rue et n° |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Localité : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Téléphone : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Email : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Enfants dans le foyer** | | **Prénom de l’enfant** |  | **Date de naissance** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **La demande d’aide concerne le ou les enfants suivant(s)** |  |

**Pour quelle activité demandez-vous un soutien financier ?**

w-e janvier  w-e juin  w-e septembre

Camp printemps  Camp automne  w-e des familles

|  |
| --- |
| **Motif de la demande (revenu insuffisant, chômage, accident, etc) :** |
|  |

**Avez-vous sollicité d’autres œuvres ?**

Oui  Non

**Bénéficiez-vous de subsides pour l’assurance maladie ?**

Oui  Non

**Bénéficiez-vous de rentes d’impotence ou/et suppléments pour soins intenses pour votre enfant ?**

Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| **Si oui, lesquels ?** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ressources mensuelles** | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Du père : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| De la mère |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Allocations familiales |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Pension alimentaire |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Rente (AVS, AI, indemnités journalières, etc. | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Prestations complémentaires (AVS, AI, Familles) | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Charges mensuelles** | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Loyer et charges (propriétaire ) | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Assurance maladie (après déduction des éventuels subsides) | | |  |  |  |
| Subsides) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Impôts |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Repas pris hors du foyer par | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Frais de garde (maman de jour, garderie, auxiliaire, etc) | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Frais médicaux non-remboursés par l’assurance | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Désendettement par mois | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
| Autres | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Somme demandée à l’Association Cerebral Neuchâtel ? :** |  |
|  |  |
| **Quel est votre participation financière possible ? :** |  |

**Je certifie que les renseignements ci-dessus sont conformes à la réalité.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu et date : |  |  | Signature : | ………………………………….. |

*Des documents supplémentaires (copies des impôts, factures assurance-maladie, etc) pourront vous être demandés si nécessaire.*

*Formulaire à retourner à : Association Cerebral Neuchâtel, Ch. de l’Ouchette 2, 2074 Marin-Epagnier ou par mail à info.ne@association-cerebral.ch*