



Sainte-Anne-
de-la-Pérade

Formulaire de demande

Programme d'aide financière Produits d'Hygiène Durables

Demande effectuée par :	
Nom : _____	
Prénom : _____	
Adresse : _____	
Téléphone : _____	Courriel : _____

Demande effectuée pour (Nom)	Âge (si enfant ou adolescente)	Montant total de l'achat	Aide financière accordée (case réservée à l'administration)

Documents à joindre (selon la demande)	Date limite pour effectuer une demande
<input type="checkbox"/> Copie de preuve de résidence <input type="checkbox"/> Copie de preuve de naissance (si enfant) <input type="checkbox"/> Copie de facture et preuve de paiement <input type="checkbox"/> Pièce d'identité avec photo	*Vous avez un délai de 120 jours suivant l'achat pour faire votre demande. *Le remboursement sera accordé selon les critères décrits par le programme.

Je soussigné(e) déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Signé à Ste-Anne-de-la-Pérade, ce _____ par _____

(Date)

(Signature)

Réservé à l'administration	
Demande reçue le : _____	
Vérifiée par : _____	Date : _____
Autorisée par : _____	Date : _____