



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. 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.312, Montréal, (Québec) H3N 1X1