

FORMULAIRE DE DEMANDE # 1
(Personnel diocésain)

Dossier n° : _____

Présenté le : _____

Terminé le : _____

FONDS DE SOUTIEN « COUP DE POUCE »

1

Nom : _____	Téléphone (rés.) : _____
Adresse : _____	Cellulaire : _____
_____	Courriel personnel : _____
_____	_____

2

Montant demandé : _____	pour la date : _____										
Sous forme de prêt : _____	ou de don : _____										
Modalité dans le cas : - d'un don : avance totale _____	ou échelonnée : _____										
- d'un prêt : avance totale _____	ou échelonnée : _____										
Dans le cas d'un prêt , modalité de remboursement : mensuel : _____ annuel : _____ autre : _____											
Nombre de versements : _____ de _____ \$ par chèque _____ ou paiement direct _____											
Débutant le 1 ^{er} du mois : ▼											
Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.

3

But de la demande :

4

Versement / N° du chèque : _____

<u>Pour un don</u>	<u>Pour un prêt</u>	<u>En date du</u>	_____
_____ \$	_____ \$	___ / ___ / ___	(Signature du responsable FSCP)

Responsables : Johanne Hébert Colpron (joh.colpron@gmail.com), Claire Bisson (cbisson02@sympatico.ca), Denis Lussier (lusden41@gmail.com), Denise Robert Godin (godrob643@hotmail.com), Céline Wakil (celine.wakil.upvl@gmail.com), Lyne Groulx (lyne.groulx@dsjl.org).

(Verso →)

À l'usage des responsables du FSCP :

5

Note : Le Conseil d'administration du *Fonds de soutien Coup de Pouce* se réserve la possibilité de demander plus d'information, si cela s'avère nécessaire.

Reconnaissance de dette :

Je, soussigné(e), reconnais devoir au *Fonds de soutien Coup de Pouce* (FSCP), la somme de :

_____ (_____ \$) pour un prêt que j'ai reçu.

Je promets de rembourser cette somme au moyen de _____ versement(s) mensuels(s) égaux et consécutifs de

_____ (_____ \$), dont le premier deviendra dû le _____

ou au moyen d'un seul versement en date du : _____.

En cas de chèque sans provision les frais bancaires, s'il y a lieu, seront ajoutés au montant dû. Le tout sans intérêt jusqu'à l'échéance. Si je suis dans l'incapacité financière de faire mon remboursement mensuel, je dois en informer le FSCP et, s'il y a lieu, une entente peut être renégociée, dont une retenue sur le salaire. En cas de changement d'adresse, je dois en informer immédiatement le FSCP.

6

Et j'ai signé à _____, ce _____

(Signature)

Signature du responsable FSCP

(Signature d'un endosseur si nécessaire)

N° de téléphone de l'endosseur : _____

Adresse de courriel de l'endosseur : _____

Lien avec la personne : _____