

FORMULAIRE DE DEMANDE # 2

(Personnel autre que 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* (FSCP) 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*, 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 : _____