

# DEMANDE DE SOUTIEN AUX FAMILLES

2350, rue Dickson, Montréal (QC) H1N 3T1  
Tél : 514 899-5000 | Fax : 514 899-8561  
[info@accesescalade.com](mailto:info@accesescalade.com)



## Conditions d'admissibilité

- Être référé par un organisme communautaire reconnu par le gouvernement.
- Avoir complété, **auprès de l'organisme**, le formulaire qui présente la situation familiale et respecter certains critères liés au revenu familial annuel. Avoir une preuve officielle, soit une copie du rapport d'impôt, soit un avis de cotisation. (Nous vous assurons la confidentialité).
- Les seuils de revenus par famille à respecter sont les suivants :
  - 1 personne : Jusqu'à 24 400 \$
  - 2 personnes : de 24 401 \$ à 30 378 \$
  - 3 personnes : de 30 379 \$ à 37 345 \$
  - 4 personnes : de 37 346 \$ à 45 343 \$
  - 5 personnes : de 45 344 \$ à 51 427 \$
  - 6 personnes : de 51 428 \$ à 57 999 \$
  - 7 pers. et + : de 58 000 \$ à 64 574 \$

Après étude et traitement des dossiers, les bénéficiaires pourraient avoir accès à une aide financière pour les activités ci-dessous.

- Camp de jour
  - Programmes jeunesse
  - Équipe de compétition et précompétitif
- La demande, ainsi que les documents afférents doivent être remis, dans la mesure du possible, 30 jours avant le début du programme pour l'étude du dossier.
  - Toute personne n'étant pas référencée par un organisme communautaire, peut aussi nous transmettre sa demande, avec dossier complété.

## Organisme référent

## Mission de l'organisme

Nom de l'organisme:		
Numéro d'enregistrement :		
Organisme à but non lucratif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Personne ressource :		
Courriel :		
Téléphone :	Poste :	

## Bénéficiaires

Activité(s) sélectionnée(s) : Camp de jour : <input type="checkbox"/> Équipe de compétition/pré compétition : <input type="checkbox"/> Programmes jeunesse : <input type="checkbox"/>	
Nombre de participants :	Âge(s) :
Date(s) de disponibilité/non disponibilité :	
Clientèle issue de milieux défavorisés : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Clientèle à besoins particuliers : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :	
Nom et prénom du bénéficiaire :	
Nom et prénom de l'enfant :	
Adresse :	Ville:
Téléphone :	Code postal :
Courriel : Cliquez ici pour taper du texte.	

## À l'attention de la personne référente

Je soussigné(e), réfère le bénéficiaire ci-dessus.

Signature de la personne référente :

Date

## Étude de la demande (à l'usage unique d'AEM)

Activité sélectionnée :	
Date(s) sélectionnée(s) :	Horaire :
Demande acceptée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Motif :	
Tarif régulier avant taxes : Taxes : Total régulier :	Aide financière accordée :
Montant à payer par le demandeur :	
Approuvé par :	Date (aaaa/mm/jj):