



Demande à

- CBMRC Fonds du Coquelicot - Légion CAPFC
 ACC FFSAC/FFFM AUTRE

À l'usage
du
bureau

Région d'ACC

B.D. ou l'hôpital

Fonds fiduciaire (veuillez préciser)

Utiliser une feuille blanche si de l'espace additionnel
est requis pour les questions suivantes.

Renseignements au sujet du service du membre (ou ancien membre) admissible

Nom de famille		Prénom(s)		N° matricule	Rang	Âge
Date d'enrôlement	Date de libération/RET	Unité	Lieu (si en service)	PG Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Métier	Service à l'étranger ou autre	Lieu	Du	Au		
PRFC (si en service)		Lieu	Du	Au		
Si civil	Nom de l'employeur		Adresse du lieu de travail			

Détails sur la famille

Nom de l'époux(se)/du (de la) conjoint(e) de fait (inclure le nom de fille s'il y a lieu)	Âge	Unité de service (s'il y a lieu)	Du	Au		
Adresse domiciliaire du (de la) requérant(e)				N° de téléphone du (de la) requérant(e)		

Renseignements sur les personnes résidant au foyer (ne pas inclure le (la) requérant(e) ni l'époux(se)/le (la) conjoint(e) de fait)

Nom	Lien avec le (la) requérant(e)	Âge	Célibataire ou date du mariage			
Emploi ou école	Revenu mensuel	Contribution mensuelle à l'entretien du foyer	\$	Santé		
Nom	Lien avec le (la) requérant(e)	Âge	Célibataire ou date du mariage			
Emploi ou école	Revenu mensuel	Contribution mensuelle à l'entretien du foyer	\$	Santé		

Sommaire

Nommer les fonds fiduciaires précédents (Nom du fonds)	Date	Montant
Problème et genre d'aide demandée		
Observations, instruction spéciales et recommandations du (de la) préposé(e) à l'entrevue		

Bien immobilier ou commerce appartenant au (à la) requérant(e) et/ou à son époux(se)/son (sa) conjoint(e) de fait

Nom(s) du (des) propriétaire(s) officiel(s)	Lieu	Nom(s) du (des) propriétaire(s) officiel(s)	Lieu
Description	Si propriété privée indiquer le nombre de pièces	Description	Si propriété privée indiquer le nombre de pièces
Prix coûtant	Valeur actuelle	Montant (hyp. - prêt)	

Actif	Valeur (\$)	Actif	Valeur (\$)
Espèces en main		Assurance - Valeur de rachat	
Ameublement, outils, équipement		Obbligations - Investissements	
Auto - Année		Autres biens	
Auto - Année		Autres biens	
A Valeur totale	\$	+ B Valeur totale	\$ =

Dettes Je certifie que toutes mes dettes et/ou celles de mon époux(se)/mon (ma) conjoint(e) de fait sont telles que décrites ci-dessous (joindre les relevés à jour)							À l'usage du bureau
Nom et adresse des créanciers	Articles ou services obtenus	Garantie de la dette détenue par le créancier	Date de l'emprunt	Montant original (\$)	Taux de remboursement (\$)	Solde dû (\$)	
Total ▶							

Revenu mensuel			Dépenses mensuelles (excluant les créances)		
Traitement brut du (de la) requérant(e) (si civil(e))		\$	Nourriture et soins personnels		\$
Paye correspondant au rang et au métier (si en service)		\$	Loyer		\$
Service à l'étranger		\$	Hypothèque et intérêt		\$
Autre allocation de service		\$	Taxes foncières		\$
Allocation familiale pour enfants		\$	Vêtements		\$
Traitement de l'époux(se)/du (de la) conjoint(e) de fait		\$	Assurance	Vie	\$
Contributions	Enfants résidant au foyer	\$		Médicale	\$
	Enfants ne résidant pas au foyer	\$		Hôpital	\$
	Loyers des locataires et des pensionnaires	\$		Automobile	\$
				Propriété	\$
Pension ou autres rentes (préciser)		\$	Électricité, eau, téléphone		\$
			Chauffage (moyenne mensuelle)		\$
			Impôt sur le revenu		\$
			Transport/Voiture		\$
			Régimes de pension		\$
Autres revenus (préciser)		\$	Pension alimentaire		\$
			Cotisation de mess (si en service)		\$
			Loisirs		\$
			Frais médicaux permanents		\$
			Autre (préciser)		\$
A Revenu total			B Dépenses totales		
B Dépenses totales			Préciser le revenu familial brut pour les 12 mois précédents (joindre l'échelle de traitement ou les talons de renseignements sur les traitements)		
A - B = Excédent mensuel <input type="checkbox"/>					
Déficit mensuel <input type="checkbox"/>					

La Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada protège les renseignements donnés sur cette formule contre une divulgation non autorisée. Ils sont conservés dans le fichier de renseignements personnels numéro VAC/P-PU-040 que vous pouvez consulter après en avoir fait la demande par écrit.

Je déclare solennellement que les renseignements ci-dessus sont exacts. Je consens à divulguer tout renseignement personnel jugé nécessaire, de l'avis du (de la) représentant(e) du fonds de bienfaisance, de bien-être ou fiduciaire, à la poursuite de l'enquête relative à mon cas.

Signature du (de la) requérant(e)	Signature de l'époux(se)/du (de la) conjoint(e) de fait (si disponible)	Date
X	X	
Demande approuvée <input type="checkbox"/>		Si demande rejetée, préciser la raison du rejet
Demande rejetée <input type="checkbox"/>		
À l'usage de l'Administration centrale d'ACC	Recommandations et signature des membres du comité	Date
	X	
	Approbation et signature du membre du comité	Date
	X	
À l'usage du bureau	Nom du (de la) préposé(e) à l'entrevue (Veuillez écrire en lettres moulées)	Poste du (de la) préposé(e) à l'entrevue
	Lieu	N° de téléphone
	Signature du (de la) préposé(e) à l'entrevue	Date
	X	