

**PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE POUR L'ACHAT D'ARTICLES D'HYGIÈNES
PERSONNELLES RÉUTILISABLE**

*****Veuillez-vous assurer de remplir tous les champs*****

Nom : _____

Adresse complète: _____

Téléphone : (____) _____ Cellulaire (____) _____

Courriel : _____

Date de la présente demande: _____

Achat de :

- ☐ Culottes menstruelles et d'incontinences
- ☐ Serviettes hygiéniques réutilisable
- ☐ Coupes menstruelles

Indiquez le montant total pour l'achat : _____

Nom en lettres moulées

Signature

Date : _____

La demande doit être accompagnée des documents et renseignements suivants :

- ☐ Preuve de domicile (facture, avis du gouvernement, etc.)
- ☐ Preuve d'achat (facture (s) originale (s) où apparaît le nom du commerçant)
- ☐ Preuve de paiement (relevé de carte de crédit)
- ☐ Spécimen chèque

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
Reçu par : _____	Date : _____
Traité par : _____	Date : _____
Autorisé par : _____	Date : _____