

# **FONDATION de l'Association québécoise des laryngectomisés**

5151 boul. de l'Assomption, Montréal, Qc, H1T 4A9, Téléphone 514 259-5113 ou, sans frais,  
1 844-285-2335, courriel : info@aqlar.org, site web : www.aqlar.org

## **DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE**

**N.B.** Toute demande d'aide financière doit parvenir à la FONDATION au moins une semaine avant la date prévue de son prochain CA et doit être accompagnée d'une copie du projet.

1- Organisme demandeur \_\_\_\_\_

2- Nature de la demande \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- Évaluation du coût global \_\_\_\_\_ \$ Joindre tout document pertinent.

Somme assumée par le demandeur \_\_\_\_\_ \$

Somme sollicitée de la FONDATION \_\_\_\_\_ \$

4- Date prévue de la réalisation du projet \_\_\_\_\_

5- Coordonnées du demandeur

Nom: \_\_\_\_\_ No de téléphone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**SVP Transmettre à cette étape votre demande à la FONDATION.**

### **DÉCISION** (réservé à l'administration)

Accepté Montant maximal autorisé: \_\_\_\_\_

Refusé Raison du refus: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### **RÉALISATION**

**SVP Transmettre cette information à la FONDATION dans les 30 jours suivant la réalisation du projet.**

1- Coût total de réalisation du projet \_\_\_\_\_ \$

*Fournir une copie des factures acquittées et, s'il y a lieu, du rapport budgétaire.*

2- Autres renseignements jugés utiles à la compréhension de la réalisation du projet:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du responsable : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---

*Réservé à l'administration*

Montant payé: \_\_\_\_\_ No du chèque : \_\_\_\_\_ Date du chèque: \_\_\_\_\_