



DEMANDE D'AIDE DE FINANCEMENT POUR LES PARTICULIERS

Ce dossier est destiné à vous aider à formuler une demande d'aide financière auprès de l'Association Sourire d'Enfant.

Notre objectif est d'aider et de soutenir financièrement les activités éducatives, les matériels, les traitements ou les opérations chirurgicales en faveur des enfants hospitalisés, malades et/ou en situation de handicap.

Nous vous informons qu'à la réception de votre dossier, celui-ci passera en étude lors de la prochaine commission. Malheureusement, si le dossier n'est pas complet, votre dossier ne pourra pas passer en commission.

Attention : Merci de ne pas envoyer votre courrier en recommandé, si vous passez par la voie postale, pour l'envoi de votre dossier.

Identification de l'enfant concerné par la demande :

Nom de naissance	
Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse postale	
Code postale et commune	
Téléphone	
Adresse mail	

Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale :

Précisez qui détient l'autorité parentale :

Parent 1 Parent 2 Les deux

	Parent 1	Parent 2
Civilité	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Mme
Nom		
Prénom		
Adresse postale		
Code postale		
Commune		
Téléphone		
Adresse mail		

Situation familiale de l'adulte (ou des adultes) ayant la charge de l'enfant

Célibataire Marié(e) En couple Divorcé(e)
 Séparé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfant à charge :

Agés des enfants :

Situation professionnelle de l'adulte (ou des adultes) ayant la charge de l'enfant :

Profession du parent 1 :

Coordonnées de l'employeur du parent 1 :

Profession du parent 2 :

Coordonnées de l'employeur du parent 2 :

Comment avez vous connu l'association ?

.....
.....
.....

Avez vous déjà bénéficié d'une aide de l'association ?

Oui Non

Si oui, combien de fois avez vous bénéficié de notre aide, pour quel motif et quand ?

.....
.....

Description détaillée de la pathologie, maladie ou handicap de l'enfant :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Besoins au quotidien de l'enfant concerné :

Précisez les besoins liés au handicap de l'enfant : appareillages, frais médicaux non remboursés, traitement, thérapie, frais de garde...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Précisez les attentes, besoins que vous aimeriez mettre en place grâce au financement accordé par l'association :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Précisez le coût détaillé de votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Précisez les aides attribués par les différents organismes, ainsi que le montant donné :

- MDPH
Montant :
- CPAM
Montant :
- Mutuelle
Montant :
- Sécurité sociale
Montant :
- Fonds départemental de compensation du handicap
Montant :
- Allocation pour l'éducation d'un enfant handicapé
Montant :
- Allocation journalière de présence parentale
Montant :
- Prestation compensation handicap
Montant :
- Handicap International
Montant :
- Associations locales ou nationales :
Montant :
- Autres :
Montant :
- Autres :
Montant :

Attestation sur l'honneur

Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toutes les demandes initiale ou renouvellement et quel soit le type d'aide sollicitée

Je soussigné(e)

Représentant légal(e) de l'enfant

- Certifie l'exactitude des informations du présent dossier
- Demande une aide d'un montant de€

Fait le

Signature

Autorisation de diffusion

Autorisation préalable pour la diffusion d'informations et de photos sur nos supports de communication papiers et numériques.

Je soussigné(e)

Autorise l'Association Sourire d'Enfant à diffuser sur ses supports de communications (journal, bulletin d'information, newsletter, site internet, Facebook, Instagram, LinkedIn, Twitter et flyers) des informations personnelles concernant mon enfant (photographie, nom, prénom).

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives à l'exercice de mes droits concernant la diffusion d'informations personnelles sur Internet : droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données me concernant (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Fait le

Signature

Pièces à joindre à votre demande

- Certificat médical de l'enfant
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie recto verso de la pièce d'identité de la personne concernée et le cas échéant de son représentant légal
- Dernier avis imposition
- 3 derniers mois de ressources du foyer
- Devis de la demande
- RIB du professionnel ou fournisseur
- Autorisation de diffusion de l'association Sourire d'enfant ci jointe (dûment signée pour accord)
- Attestation sur l'honneur dûment signée avec la somme demandée (montant précis obligatoire)