



Un Bouchon Une Espérance

Siret n° 49767791400036

21 avenue Gambetta - 91800 Brunoy

Mail : unbouchon.uneesperanc@sfr.fr – **Site** : <https://unbouchonuneesperance.fr>

AIDE AU HANDICAP – FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

N.B. : Formulaire à remplir et à adresser, par mail, à l'association ci-dessus désignée – Tous les dossiers, complets, sont soumis à l'avis du conseil d'administration de l'association.

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PRENOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **à** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Age : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Sexe** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu de vie (préciser nom structure – si domicile) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro sécurité sociale :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Matériel ou prestation envisagée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

(*Fournir le Devis en pièce jointe*)

Montant total du matériel ou prestation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fournisseur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Reste à charge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE DEMANDEUR

(préciser nom – profession – établissement, ...) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cordonnées (mail – téléphone) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ARGUMENTAIRE DETAILLE CONCERNANT LA DEMANDE

Copie du courrier de l'ARS, de la MDPH , du Département, de la Sécurité Sociale, des allocations familiales, concernant cet achat, Participation de la mutuelle.

Documents séparés à mettre en pièce jointe du courriel SVP.