



Un Bouchon Une Espérance

Siret n° 49767791400036

21 avenue Gambetta - 91800 Brunoy

Mail : unbouchon.uneesperance@sfr.fr – Site : <https://unbouchonuneesperance.com>

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.