

PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE COUCHES LAVABLES

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME

- Être parent d'un enfant âgé de moins de douze (12) mois et résider sur le territoire de la Ville de Cap-Santé;
- Une seule aide financière par enfant sera accordée.

MODALITÉS D'OBTENTION DE L'AIDE FINANCIÈRE

- 1) Faire l'achat d'un ensemble de couches lavables (minimum de 20 couches).
- 2) Remplir le formulaire d'inscription ainsi que le contrat d'engagement écologique par lequel vous vous engagez à utiliser les couches lavables pour toute la période durant laquelle votre enfant portera des couches;
- 3) Fournir les documents suivants :
 - Une pièce d'identité avec photo du demandeur (permis de conduire, carte d'assurance-maladie).
 - Une preuve de résidence mentionnant votre adresse complète (compte de taxes, d'Hydro-Québec ou autre).
 - La facture originale du commerçant où les couches ont été achetées.
 - Une preuve de naissance de votre enfant (acte de naissance ou certificat de naissance).

NATURE ET VERSEMENT DE L'AIDE FINANCIÈRE

La Ville de Cap-Santé accordera aux parents d'un enfant admissible une aide financière de 100 \$ pour l'achat d'un jeu de couches lavables (minimum 20 couches).

L'aide financière sera versée par chèque au cours du mois suivant la réception de la demande et de tous les documents requis.

La demande d'aide financière peut être présentée en personne à l'hôtel de ville de Cap-Santé ou être transmise par la poste.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

IDENTIFICATION DU (DES) PARENT(S):

NOM: _____ PRÉNOM: _____

NOM: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE: _____ TÉLÉPHONE BUREAU: _____

IDENTIFICATION DE L'ENFANT:

NOM: _____ PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

JOINDRE À VOTRE DEMANDE:

- 1) Copie d'une pièce d'identité avec photo du parent
- 2) Copie d'une preuve de résidence
- 3) Copie de l'acte de naissance de l'enfant
- 4) Facture originale de l'achat des couches

CONTRAT D'ENGAGEMENT ÉCOLOGIQUE

Je m'engage/nous nous engageons à utiliser les couches lavables acquises en partenariat avec la ville de Cap-Santé pendant la période complète durant laquelle mon/notre enfant portera des couches.

Signature du (des) parent (s): _____

Date: _____