





DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER

Montant demandé à **Vivre avec la fibrose kystique** : \_\_\_\_\_

Montant total de votre projet : \_\_\_\_\_

Avez-vous demandé ou reçu un montant d'une autre personne ou d'un autre organisme afin de vous soutenir pour le projet ou la demande actuelle? Si oui, quel est ce montant? \_\_\_\_\_\$

**DÉCLARATION DE MES RESSOURCES FINANCIÈRES**

1-Occupez-vous un emploi ?  Oui  Non

Veuillez cocher tous les revenus que vous recevez actuellement et les montants associés

Type de revenu	Revenu mensuel
<input type="checkbox"/> Emploi	
<input type="checkbox"/> Assurance emploi (chômage)	
<input type="checkbox"/> Aide sociale ou solidarité sociale	
<input type="checkbox"/> CSST	
<input type="checkbox"/> Régie des rentes du Québec (RRQ)	
<input type="checkbox"/> Bourses d'études	
<input type="checkbox"/> Autre	

Je confirme que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes, au meilleur de ma connaissance. En cas de fausse déclaration, je m'engage à rembourser les ressources financières qui me seront accordées, le cas échéant.

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