



Demande d'aide financière pour le Programme de la fée des dents de Moncton

Critères d'Admissibilité

- Est-ce que vous ou votre conjoint/partenaire est employé? Oui Non
- Avez-vous entre 18 et 64 ans? Oui Non
- Avez-vous un plan de soins dentaires? Oui Non
- Votre domicile est dans la région du Grand Moncton?
(Moncton, Dieppe ou Riverview) Oui Non
- Êtes-vous prêt à faire une contribution monétaire au programme? Oui Non

Renseignements personnels

Nom :	
Adresse au complet :	
Numéro de téléphone :	maison : <input type="text"/> cellulaire : <input type="text"/>
Adresse électronique:	
Votre âge :	
Enfants et leurs âges :	
Votre employeur :	
Revenu familial annuel :	

Traitements dentaires requis :

Coût approximatif des traitements : _____ \$

Contribution monétaire : _____ \$

Renseignements supplémentaires à l'appui de la demande (s'il y a lieu)



Veillez joindre une copie de l'avis de cotisation de l'année dernière / de votre déclaration de revenus ou des talons de paie récents pour confirmer votre revenu familial annuel.

Personne ayant fait la recommandation :

Signature : _____ Date : _____

Veillez faire parvenir le formulaire complété au :

Programme de la fée des dents

Moncton Headstart Inc.

1111, chemin Mountain

Moncton (Nouveau-Brunswick), E1C 2S9

Téléphone : (506) 858-8252

Télécopieur : (506) 857-3170