



**PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE – RÉDUCTION DES DÉCHETS DOMESTIQUES
FORMULAIRE DE DEMANDE – HYGIÈNE ET INCONTINENCE**

SECTION A – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Prénom et nom :	
Adresse : (n° civique, rue, n° appartement)	
Ville, province, code postal :	Saint-Jean-de-Matha (Québec) J0K 2S0
Téléphone (maison/cellulaire) :	
Courriel :	

SECTION B – INFORMATIONS SUR LES PRODUITS D'HYGIÈNE ET D'INCONTINENCE

<input type="checkbox"/> Hygiène féminine	<input type="checkbox"/> Incontinence
<input type="checkbox"/> Compresse d'allaitement	
Nombre de produits achetés :	Coûts totaux (avant taxes) : <i>(montant maximal 150 \$)</i>
Date(s) de (des) facture(s) :	Je confirme avoir validé qu'il s'agit d'un produit québécois.

SECTION E – DÉCLARATION ET CONSENTEMENT

Je reconnais que les renseignements fournis dans la présente demande, ou relativement à celle-ci, seront utilisés par la Municipalité de Saint-Jean-de-Matha aux fins de la vérification de l'admissibilité, du versement d'une aide financière, de l'évaluation et du suivi du programme. Je comprends que si je ne respecte pas toutes les conditions, les modalités et tous les termes prévus au programme, le processus d'analyse de la demande peut être retardé ou la demande peut être jugée inadmissible. Je reconnais qu'en cas de fausse déclaration, la Municipalité de Saint-Jean-de-Matha pourra demander le remboursement de l'aide financière versée. Je comprends que la Municipalité se réserve le droit de prolonger ou de mettre fin au programme en tout temps. Je déclare avoir lu et compris l'ensemble des conditions, modalités et termes du programme. Je soussigné déclare que les renseignements fournis dans cette demande ou relativement à celle-ci sont véridiques et complets.

Signature du demandeur :	
Date de la demande :	

Section réservée à l'administration de la Municipalité

Signature de l'officier municipal autorisé :	
<input type="checkbox"/> Approuvée	<input type="checkbox"/> Refusée