

Formulaire d'inscription – Programme d'aide alimentaire d'urgence COVID-19

Retournez par courriel au : aidealimentaire@centrefranco.org

Section A : Informations personnelles			
Nom	Prénom		Date du jour ____/____/____ Jour Mois Année
Adresse (numéro et nom de rue)	Apt.	Ville	Code postal Sans domicile fixe <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Numéro de téléphone au domicile ☎	Autre numéro de téléphone ☎		Est-il acceptable de téléphoner ce numéro pour la livraison ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Courriel	Souhaitez-vous être inscrits à notre infolettre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Avez-vous des restrictions alimentaires ? <input type="checkbox"/> Kasher <input type="checkbox"/> Halal <input type="checkbox"/> Végé <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez _____
Section B : Organisme partenaire référant (à compléter si la référence provient d'un organisme)			
Nom de l'organisme	Adresse (numéro de rue, rue, apt.)		Ville Code postal
Nom de l'intervenant référant	Numéro de téléphone ☎		Courriel (si applicable)
Section C : Statut			
<input type="checkbox"/> Canadienne <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autre _____			
Section D : Revenu du ménage avant impôt (choisissez seulement une réponse, soit votre niveau familial de l'année dernière)			
<input type="checkbox"/> 0 – 34 999\$ <input type="checkbox"/> 35 000 – 39 999\$ <input type="checkbox"/> 40 000 – 44 999\$ <input type="checkbox"/> 45 000 – 49 999\$ <input type="checkbox"/> 50 000\$ ou plus <input type="checkbox"/> Autre _____			
Avez-vous perdu votre emploi à cause de la COVID-19? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Recevez-vous une aide financière supplémentaire d'urgence de la part du gouvernement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Une preuve de revenu pourrait être exigée			
Section E : Composition du ménage			
Combien de personnes vivent de ce revenu ? _____ Âge des membres du ménage : _____			
Section F : Services (cochez toutes les services que vous recevez au Centre francophone)			
Nom client du centre <input type="checkbox"/> Aide juridique <input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Nouveaux arrivants <input type="checkbox"/> Petite enfance <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> La Passerelle <input type="checkbox"/> Soins primaires (médecin ou services médicaux) <input type="checkbox"/> Programmes promotion de la santé / VIH <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Non client du Centre			
Spécifiez le nom de votre intervenant principal : _____		Si vous n'êtes pas client, souhaiteriez-vous recevoir des services du Centre? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Section G : Santé (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
Avez-vous des problèmes de santé ou de mobilité qui font que vous avez de la difficulté de recevoir de l'aide dans cette période de crise? <input type="checkbox"/> oui, spécifiez _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre			
Section H : Service offert (cochez choix 1, 2 ou 3)			
Aide alimentaire d'urgence	Choix 1	Choix 2	Choix 3
Bon alimentaire envoyé par la poste (carte-cadeau PC)			
Repas préparé			
Sélection de nourriture non-périssable			
Veuillez noter que nous travaillons sur base de dons en quantité limitée, nous ne pouvons garantir que votre premier choix sera respecté. Merci de votre compréhension			
Consentement à la communication/l'échange des renseignements : Les renseignements que vous nous partagez, incluant votre adresse, pourraient être partagés à nos partenaires pour la livraison de l'aide alimentaire d'urgence. Ces renseignements peuvent être communiqués avec votre consentement éclairé. Le consentement éclairé précise quels renseignements sont communiqués, à qui et dans quel but, en incluant tous les risques ou les bénéfices qui sont susceptibles d'en découler.			
Nom & prénom			
<input type="checkbox"/> Oui, je donne mon consentement <input type="checkbox"/> Non, je ne donne pas mon consentement		Signature : _____	