

## PROGRAMME DE SOUTIEN FINANCIER AUX FAMILLES

Le remboursement se fait annuellement au 31 décembre, sur présentation d'une preuve de résidence et des factures originales. Chaque famille a droit à un remboursement de 50 % du montant, jusqu'à concurrence de 250 \$. Valide du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2025.

|  |                        |
|--|------------------------|
| PRÉNOM :   | NOM :                  |
| ADRESSE :  |                        |
| <input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE <input type="checkbox"/> LOCATAIRE |                        |
| COURRIEL :   |                        |
| TÉLÉPHONE RÉSIDENCE :  | TÉLÉPHONE CELLULAIRE : |

### DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR :

|                                   |  |                                     |  |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| COMPRESSES D'ALLAITEMENT :        |  | COUCHES LAVABLES POUR BÉBÉ :        |  |
| COUCHES LAVABLES POUR ADULTES :   |  | COUCHES LAVABLES POUR LA PISCINE :  |  |
| COUPES MENSTRUELLES :             |  | CULOTTES D'APPRENTISSAGE LAVABLES : |  |
| PROTÈGE-DESSOUS LAVABLES :        |  | CULOTTES ABSORBANTES LAVABLES :     |  |
| SERVIETTES HYGIÉNIQUES LAVABLES : |  | AUTRE :                             |  |

### PIÈCES JUSTIFICATIVES DEMANDÉES :

- PREUVE DE RÉSIDENCE  
 FACTURES

**TOTAL DES ACHATS :**

|                    |  |
|--------------------|--|
|                    |  |
| Solde reporté      |  |
| Montant remboursé  |  |
| Balance disponible |  |

J'autorise la Ville de Waterville à recueillir et utiliser ces renseignements personnels dans le cadre de son Programme de soutien financier aux familles. Il est entendu que la Ville de Waterville protégera ces renseignements conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les utilisera uniquement aux fins de ce programme.

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_