



No de la RAMQ du demandeur: _____

Permet de vérifier votre admissibilité aux programmes gouvernementaux.

Présentation du demandeur

Nom du demandeur: _____ Prénom du demandeur: _____

Date de naissance: _____

Situation familiale: Célibataire Marié ou conjoint de fait Veuvage

Nombre d'enfants à charge: _____

Adresse postale du demandeur: _____

Téléphone du demandeur: _____

Nom et prénom du représentant (si besoin): _____

Téléphone du représentant (si besoin): _____

Situation du demandeur

À l'emploi

Revenu brut annuel: _____

Sans emploi (chômage, aide-social, etc.)

Revenu brut annuel du conjoint: _____

Retraité

Étudiant

Mineur

Avez-vous contacté d'autres organismes pour la même demande? oui non

Si oui, lesquels: _____

Pièces à joindre à la demande

Audiogramme récent (moins de 10 mois)

Historique audiolgique (fourni par l'audiologiste)

Relevé d'impôt complet (provincial ou fédéral de l'année précédente, toutes les pages)

Lettre de présentation expliquant: • vos activités

• votre appareillage actuel (modèle, année, quelle oreille?)

• vos besoins (comment la Fondation peut vous aider)

Veuillez prendre note que les dossiers incomplets ne pourront pas être évalués par le comité d'attribution des dons.

Détails de la demande

Votre demande concerne:

Des aides auditives. Si oui, spécifiez vos besoins: _____

Des aides de suppléance à l'audition. Si oui, spécifiez lesquelles: _____

Des services professionnels. Si oui, spécifiez lesquels (audiologiques, audioprothétiques, autres): _____

Des activités de formation. Si oui, spécifiez lesquelles (*joignez en annexe les coordonnées de la personne ressource*): _____

Un support aux études. Si oui, expliquez-nous comment nous pourrions vous aider (achat de matériel, stage rémunéré, allocation de recherche, etc.): _____

Postez votre demande complète à la
Fondation Groupe Forget, 9245, rue Thimens, Pierrefonds, Québec, H8Y 0A1



Applicant RAMQ number: _____

Allows us to verify your eligibility to government programs.

Applicant's Information

Name of applicant: _____ First name: _____

Date of birth: _____

Marital status: Single Married or common law spouse Widow(er)

Number of children under care: _____

Address of applicant: _____

Telephone number of applicant: _____

Name of representative (if applicable): _____

Telephone number of representative (if applicable): _____

Applicant's employment status

Employed

Annual gross revenue: _____

Unemployed: (unemployment benefits, welfare, etc.) Spouse's gross annual revenue: _____

Retired

Student

Minor (under 18 years of age)

Did you contact other organizations for the same purpose? yes no

If yes, which ones: _____

Documents to provide with application

Recent Audiogram (less than 10 months)

Audiological case history (provided by audiologist)

Complete tax return forms (provincial or federal for previous year, all pages)

Presentation letter explaining: • your activities

• your current hearing aids if applicable (model, year, which ear?)

• your needs (how can the Foundation help you)

Please note that incomplete applications will not be evaluated by the Donation Attribution Committee.

Details of application

Your application pertains to:

Hearing aids. If yes, specify your needs: _____

Assistive listening devices. If yes, which ones: _____

Professional services. If yes, which ones (audiological, audioprosthesis, others): _____

Training activities. If yes, which ones (*add contact person's coordinates in attachment*): _____

A scholarship: If yes, explain how we can help you (buying material or equipment, paid apprenticeship, research fund, etc.): _____

Mail your complete application to:

Fondation Groupe Forget, 9245, Thimens, Pierrefonds, Québec, H8Y 0A1