

Les personnes désirant recevoir un panier de Noël doivent remplir toutes les données obligatoires du formulaire et le faire parvenir avant **mardi, 1 décembre 2026**. Aucune demande ne sera acceptée après cette date. Nous tenons à remercier sincèrement la population et les bénévoles qui rendent cette activité possible.

1. Identification

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
Nom du conjoint	Prénom	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
Adresse COMPLÈTE SVP	Municipalité	Téléphone
Propriétaire ☐ Locataire ☐ H.L.M. ☐ Chambreux ☐ Autre ☐		
Raison de la demande		

2. Personnes à charge

Nombre de personnes demeurant à votre domicile		Nombre d'enfants dont vous avez la garde		Revenu total des enfants (s'il y a lieu)			
Prénom enfant 1	Âge	Prénom enfant 2	Âge	Prénom enfant 3	Âge	Prénom enfant 4	Âge
Intérêt :		Intérêt :		Intérêt :		Intérêt :	
Nom (autres personnes vivant avec vous)			Prénom			Revenu	

3. Revenus et dépenses

Revenus mensuels		Dépenses mensuelles	
Sécurité du revenu (Aide sociale)		Loyer ou hypothèque	
Assurance emploi (chômage)		Taxes (scolaires et municipales) ÷ par 12	
Allocations familiales		Électricité / Chauffage	
Pension alimentaire		Téléphone, internet, télévision	
CSST/SAAQ		Assurances (auto, maison, vie)	
Pension fédérale (sécurité de vieillesse)		Études	
Pension provinciale (Régie des rentes du Québec)		Frais médicaux (médicaments, déplacements)	
Rente d'un régime de retraite		Autres (préciser)	
Si vous travaillez à temps plein ou partiel			
Revenu d'emploi			
Autres revenus			
TOTAL		TOTAL :	

☐ J'accepte que mon organisme d'aide alimentaire local puisse recueillir, utiliser et conserver mes renseignements personnels à des fins de gestion du programme d'aide alimentaire du Centre d'Action bénévole Ascension-Escuminac. Mon consentement peut être retiré à tout moment en écrivant à alimentation@cabmatapedia.com. Étant bénéficiaire du CAB Ascension Escuminac, par la présente je m'engage à ne pas poursuivre cet organisme pour quelques raisons que ce soit (intoxication, etc...). De plus, je déclare que les renseignements mentionnés sur ce questionnaire sont véridiques et qu'ils peuvent faire l'objet d'une vérification. * Toute déclaration fausse ou erronée de votre part annulerait votre demande immédiatement.

☐ Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques et j'accepte qu'ils soient vérifiés et transmis au comité de sélection.

Signature _____	Date d'envoi de la demande 2026/_____/_____	Référée par : _____
RÉSERVÉ AU COMITÉ DE SÉLECTION		
DATE RÉCEPTION 2026/_____/_____	DEMANDE ACCEPTÉE ☐	DEMANDE REFUSÉE ☐

CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL - DATE LIMITE DE RETOUR

1^{ER} DÉCEMBRE 2026

Those wishing to receive a Christmas Basket **must complete all mandatory data on the form and send it by December 1st, 2026.**

No application will be accepted after this date. We sincerely thank the people and volunteers who make this activity possible.

1. Identification

Last name	First name	Date of birth (DD-MM-YYYY)
Spouse's last name	First name	Date of birth (DD-MM-YYYY)
Address FULL ADDRESS PLEASE	Municipality	Phone number
Owner ☐ Tenant ☐ H.L.M. ☐ Lodger ☐ Other ☐		
Reason for the request :		

2. Dependent

Number of people living at home		Number of children you have custody of		Total income of children (if it's happened)			
Child name 1	Age	Child name 2	Age	Child name 3	Age	Child name 4	Age
Interest :		Interest :		Interest :		Interest :	
Last name (other people living with you)			First name			Income	

3. Incomes and expenses

Monthly income	Monthly expenses
Social welfare	Rent or mortgage
Employment insurance	Taxes (school and municipal) ÷ 12
Monthly family allowance	Electricity and heating
Alimony and/or children's allowance	Telephone, internet, television
CSST/SAAQ	Monthly insurance (car, house, life)
Federal pension (Old Age Security)	Medical fees
Provincial pension (Quebec Pension Board)	Other (specify)
Pension plan	
If you work full time or part time	
Employment incomes	
Other incomes	
TOTAL	TOTAL :

☐ I consent to my local food assistance organization collecting, using, and retaining my personal information for the purpose of managing the Centre d'Action bénévole Ascension-Escuminac food assistance program. I may withdraw my consent at any time by writing to alimentation@cabmatapedia.com. As a beneficiary of CAB Ascension-Escuminac, I hereby agree not to hold the organization liable for any reason (e.g., food poisoning, etc.). Furthermore, I declare that the information provided in this questionnaire is truthful and subject to verification. * Any false or incorrect statement on your part will result in the immediate cancellation of your application.

☐ I declare that the information provided is true and I accept that it be verified and forwarded to the selection committee.

Signature _____	Date of sending the request 2026/_____/____	Referred by : _____
-----------------	---	---------------------

RESERVED FOR THE SELECTION COMMITTEE		
DATE OF RECEIPT 2026/_____/____	ACCEPTED APPLICATION ☐	DENIED APPLICATION ☐

THIS DOCUMENT IS CONFIDENTIAL – RETURN DATE LIMIT

DECEMBER 1ST , 2026