



Association des
Popotes Roulantes
de Laval

Entente du fonds de solidarité des Popotes Roulantes de Laval

Entre l'organisme :

L'Association des Popotes Roulantes de Laval

435 Boulevard Curé-Labelle

Laval, H7V 2S8

Tel : (579) 934-3980

Fax : (579) 934-3981

administration@popoteroulantelaval.org

Et le prestataire du fonds :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Numéro de dossier : _____

Tel : _____

Courriel : _____

L'Association des Popotes Roulantes de Laval s'engage à offrir une aide financière par l'entremise du fonds de solidarité des popotes roulantes de Laval à _____

selon les modalités convenues avec l'intervenant des services de santé et sociaux,

_____ responsable de l'évaluation de la situation

financière du prestataire ci-nommé. Cette entente ce doit d'être respectée et tout manquement pourrait avoir pour conséquence la résiliation de cette dite entente.

Date de début de l'aide financière : _____

Montant assumé par le prestataire pour chaque repas : _____

Montant assumé par le fonds de solidarité des Popotes Roulantes de Laval pour chaque repas : _____



Association des
Popotes Roulantes
de Laval

Montant assumé par une autre fondation : _____

Date de réévaluation de la situation financière : _____

Date de fin de l'entente : _____

Popote roulante : _____

Raison du besoin de l'aide financière : _____

Niveau de perte d'autonomie : _____

Problèmes de santé connus : _____

Nom de l'intervenant responsable : _____

Tel : _____ **Courriel :** _____



Association des
Popotes Roulantes
de Laval

En foi de quoi, les parties ont signé à _____, ce _____ième jour de _____.

**Signature du prestataire ou de l'intervenant
de santé responsable**

**Signature du représentant de l'Association
des Popotes Roulantes de Laval**