

À L'USAGE DES RÉSIDENTS DU CANADA
ALTERRA MOUNTAIN COMPANY COMMUNITY FOUNDATION
(la « Fondation »)

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE D'URGENCE ET D'ASSISTANCE POUR
SITUATIONS CRITIQUES – À L'USAGE DES REQUÉRANTS ET REQUÉRANTES**

Objectif	Fournir un soutien et de l'aide, sous forme de subventions ponctuelles, aux membres des communautés au sein desquelles Alterra Mountain Company exerce ses activités, lorsque ceux-ci requièrent une aide ou de l'assistance en raison de catastrophes ou de difficultés inhabituelles, telles que celles causées par des pandémies, des inondations, des incendies, des émeutes, des tempêtes ou des événements d'envergure similaires, ou en raison d'une maladie soudaine, d'un décès, d'un accident, d'un crime violent ou d'autres difficultés inhabituelles.
Critères d'admissibilité	Les membres de la communauté qui, à la suite d'une catastrophe ou d'une urgence imprévue (a) ont besoin de nourriture, d'un abri ou de déboursier d'autres frais de subsistance nécessaires, y compris les frais de garde d'enfants et frais éducationnels, (b) sont temporairement dans l'incapacité de faire preuve d'autonomie, ou (c) ont besoin de conseils ou d'un autre soutien en raison d'un traumatisme subi à la suite d'une catastrophe ou d'un crime violent.
Date limite pour faire une demande	En raison de l'immédiateté de la présente forme d'assistance, cette demande doit être soumise dans les huit (8) semaines suivant la date de la catastrophe ou de l'urgence survenue de manière inattendue.
Comment faire une demande	Les sections 1 à 4 doivent être remplies par le requérant ou la requérante. Le formulaire complété doit être retourné à la Fondation. La section 5 sera remplie par la Fondation.

À L'USAGE DES RÉSIDENTS DU CANADA

Section 1a – Renseignements généraux sur le requérant ou la requérante

Prénom : _____ Second prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse du domicile – Ligne 1 _____

Adresse du domicile – Ligne 2 _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Veillez décrire comment le requérant ou la requérante a entendu parler de la Fondation :

_____ :

Section 1b - Description de la communauté desservie par la Fondation

Veillez fournir une brève description de la communauté au sein de laquelle le requérant ou la requérante réside ou travaille : _____

Section 2 – Renseignements sur le ménage du requérant ou de la requérante

Indiquez le nom complet, la date de naissance, le lien et les trois (3) derniers chiffres du numéro d'assurance sociale de chaque personne vivant dans votre ménage, en commençant par vous-même, comme indiqué sur votre déclaration de revenus. Joindre des feuilles supplémentaires au besoin.

Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance	3 derniers chiffres du NAS
Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance	3 derniers chiffres du NAS
Lien avec le requérant ou la requérante :				

À L'USAGE DES RÉSIDENTS DU CANADA

Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance	3 derniers chiffres du NAS
Lien avec le requérant ou la requérante :				
Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance	3 derniers chiffres du NAS
Lien avec le requérant ou la requérante :				
Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance	3 derniers chiffres du NAS
Lien avec le requérant ou la requérante :				
Prénom	Second prénom	Nom de famille	Date de naissance	3 derniers chiffres du NAS
Lien avec le requérant ou la requérante :				

Section 3 – Renseignements sur la nature de l'urgence

Nom du requérant ou de la requérante : _____

Date approximative de l'urgence : _____

À L'USAGE DES RÉSIDENTS DU CANADA

Montant de l'aide d'urgence demandée : _____

Raison de la demande et utilisation prévue des fonds :

Remplissez la colonne A du formulaire d'évaluation des besoins ci-joint et décrivez brièvement la nature de l'urgence ci-dessous :

La colonne A du formulaire d'évaluation des besoins doit être remplie par le requérant ou la requérante avant de signer ci-dessous. La colonne B sera remplie par la Fondation.

Section 4 - Déclaration du requérant ou de la requérante

J'atteste que je remplis les conditions d'admissibilité à l'aide d'urgence décrites ci-dessus et que tous les renseignements fournis en vue de bénéficier d'une telle assistance sont complets, exacts et véridiques, à ma connaissance. Toutes les pertes que j'ai pu subir dans le cadre de cette urgence n'ont pas été couvertes à ce jour par une assurance, des fonds disponibles par l'intermédiaire d'agences gouvernementales ou autres, des fonds de secours fédéraux ou étatiques, ou des ressources financières personnelles facilement disponibles. Je comprends que je peux me voir refuser l'assistance si l'un des éléments ci-dessus est faux, et que je pourrais être tenu(e) de rembourser toute assistance que je reçois en raison de renseignements inexacts ou incomplets.

J'atteste aussi, sous peine de parjure en vertu des lois des États-Unis et du Canada, que les fonds de subvention que je reçois ne seront pas détournés pour soutenir le terrorisme ou d'autres activités non caritatives. Je comprends que ma demande peut faire l'objet d'un examen (y compris la vérification que mon nom ne figure pas sur la liste des ressortissant(e)s spécialement désigné(e)s émise par le Bureau du contrôle des avoirs étrangers [OFAC]). Il se peut que l'approbation par des agent(e)s ou des représentant(e)s (y compris des conseiller(ère)s externes) de la Fondation soit nécessaire pour assurer la conformité avec les lois américaines sur le terrorisme applicables. Je comprends également que je pourrais être tenu(e) de soumettre des rapports périodiques et des reçus attestant de l'utilisation des fonds de subvention m'ayant été octroyés.

Sur demande, j'accepte de fournir à la Fondation ou à son administrateur ou administratrice la preuve des renseignements figurant dans ce formulaire. Je comprends que ce formulaire de demande devient la propriété de la Fondation une fois soumis.

Je comprends que la déclaration annuelle de la Fondation est ouverte à l'inspection publique et que, si je reçois une subvention, la Fondation sera tenue par la législation fiscale fédérale de divulguer dans sa déclaration annuelle mon identité et mon adresse, le montant de la subvention et une description de la raison de la subvention. Je comprends que si je reçois une subvention, la Fondation indiquera dans son rapport annuel l'adresse que j'ai fournie ci-dessus, à moins que je n'inscrive ci-dessous mon adresse professionnelle afin que celle-ci soit utilisée à la place de mon adresse personnelle.

À L'USAGE DES RÉSIDENTS DU CANADA

Adresse professionnelle (facultative) : _____

Adresse, ville, province, code postal _____

SIGNEZ ICI : _____

DATE :

(Si vous soumettez la demande par voie électronique, votre nom dactylographié constituera votre signature électronique)

Veillez indiquer ci-dessous de quelle manière le requérant ou la requérante souhaite recevoir les communications de la Fondation, y compris tout avis d'octroi d'une subvention :

- Par la poste, à l'adresse de domicile indiquée à la page 1; ou
- Par courriel à l'adresse suivante : _____

ÉVALUATION DES BESOINS

	COLONNE A	COLONNE B
FACTEURS APPUYANT LA DEMANDE D'AIDE D'URGENCE	À REMPLIR UNIQUEMENT PAR LE REQUÉRANT OU LA REQUÉRANTE Veillez cocher tous les éléments applicables	À REMPLIR UNIQUEMENT PAR LA FONDATION Veillez cocher tous les éléments applicables
Le requérant ou la requérante ne dispose d'aucun « filet de sécurité », comme de la famille ou des amis à proximité, qui peuvent offrir de l'aide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant ou la requérante ne possède pas les ressources de base nécessaires pour faire face aux difficultés engendrées par cette urgence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant ou la requérante a un grand nombre de personnes à sa charge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À L'USAGE DES RÉSIDENTS DU CANADA

Le requérant ou la requérante (ou un membre du ménage) est gravement malade et nécessite des soins médicaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant ou la requérante (ou un membre du ménage) est physiquement invalide ou handicapé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant ou la requérante (ou un membre du ménage) vit un traumatisme émotionnel ou démontre des signes de fragilité psychologique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant ou la requérante (ou un membre du ménage) est âgé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le requérant ou la requérante est aux prises avec une obligation financière immédiate, mesurable et nécessaire qui ne peut être remplie en raison des facteurs énumérés ci-dessus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (À REMPLIR UNIQUEMENT PAR LE REQUÉRANT OU LA REQUÉRANTE)

DÉCRIVEZ BRÈVEMENT TOUT AUTRE FACTEUR PARTICULIER APPUYANT VOTRE DEMANDE D'AIDE D'URGENCE ET JOIGNEZ TOUT DOCUMENT SUPPLÉMENTAIRE APPUYANT L'ÉVALUATION DES BESOINS :

Autre (À REMPLIR UNIQUEMENT PAR LA FONDATION)

DÉCRIVEZ BRÈVEMENT TOUT AUTRE FACTEUR PARTICULIER AYANT INFLUENCÉ LA DÉCISION DE LA FONDATION D'OCTROYER UNE AIDE D'URGENCE :

À L'USAGE DES RÉSIDENTS DU CANADA

À REMPLIR PAR LA FONDATION

Section 5 - Analyse de la situation

Nom du requérant ou de la requérante : _____

Affiliation du requérant ou de la requérante à la communauté : _____

Demande pour un membre du personnel d'une destination

Ou

Résident(e) de la communauté (lieu de résidence) _____

Employé(e) dans la communauté (lieu de travail) _____

Requérant(e) recommandé(e) par : _____

<input type="checkbox"/> Clergé	<input type="checkbox"/> Conseiller(ère)	<input type="checkbox"/> Employeur(euse)	<input type="checkbox"/> Professionnel(elle) de la santé
<input type="checkbox"/> Actualités/médias	<input type="checkbox"/> Organisme à but non lucratif	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Travailleur(euse) social(e)
<input type="checkbox"/> Autre :			

S'il s'agit d'une référence, nom de la personne ou de l'organisme qui réfère : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Veillez remplir la colonne B de l'évaluation des besoins à la page précédente pour indiquer les éléments qui ont incité la Fondation à octroyer une aide d'urgence à ce requérant ou à cette requérante ou à ce ménage

À L'USAGE DES RÉSIDENTS DU CANADA

particulier(ère), en fonction de la description du besoin du requérant ou de la requérante ou des renseignements fournis par la ou les sources de recommandation ci-dessus.

Montant de la subvention d'aide d'urgence

Veillez indiquer ci-dessous le montant total de l'aide que la Fondation aimerait approuver, jusqu'à concurrence de _____ \$.

Subvention totale approuvée : _____ \$

* * * * *

Veillez envoyer la demande dûment remplie par courriel ou par la poste à l'Alterra Mountain Company Community Foundation :

Courriel : CommunityFoundation@AlterraCommunityFoundation.com

Adresse postale : 3501 Wazee Street, Suite 400, Denver, CO 80216