



## Financement

Montant du projet : \_\_\_\_\_

Avez-vous fait des demandes auprès d'autres associations ou organismes (MDA, mutuelle).

OUI  NON

Si oui, merci de remplir la partie ci-dessous

Organisme ou association	montant accordé
Maison de l'autonomie	_____
Sécurité sociale	_____
Mutuelle	_____
Conseil Générale	_____
Autre :	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
	Total : _____

Reste à votre charge : \_\_\_\_\_

Avez-vous une possibilité de participer ?

OUI  NON  Si oui quelle participation ? \_\_\_\_\_

### A joindre avec cette demande :

- Un argumentaire et exposé de la demande
- Le ou les devis liés à la demande
- Une copie de la carte d'invalidité ou la carte de mobilité inclusion (CMI)
- Avis d'imposition du demandeur ou du représentant légal pour les mineurs

### Condition d'obtention de l'aide

*Si l'association « Les Bouchons du Pays de Lorient » vous accorde une aide, nous vous en informerons directement ou par l'intermédiaire de votre assistante sociale.*

*La somme allouée à votre projet sera directement réglée auprès de votre prestataire ou fournisseur à réception de la facture correspondant à notre participation.*

### Divers

Comment avez-vous connu l'opération 1 Bouchon 1 Sourire et l'Association « Les Bouchons du Pays de Lorient » ?

---

---