

## INFORMATIONS STATISTIQUES

Date : \_\_\_\_\_

Famille	Prénom	Surnom	N° du membre
Nom :	_____	_____	_____
Nom marital :	_____	_____	_____

Nombre de personnes à charge : \_\_\_\_\_ (lister ci-dessous leur nom/âge/lien de parenté)  
#

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 Congrégation d'origine : \_\_\_\_\_ Centre de Mission : \_\_\_\_\_

## RAPPORT DU CAS

Raison du besoin : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fonds utilisés pour :

Hébergement :	_____	Montant :	_____
Nourriture :	_____	Montant :	_____
Vêtements :	_____	Montant :	_____
Soins médicaux :	_____	Montant :	_____
Transport :	_____	Montant :	_____
		Total :	_____

Cette personne (famille) a-t-elle reçu de l'aide par le passé ? \_\_\_\_\_ (Répondez par Oui ou par Non, en cas de doute, contactez les services fiscaux : [oblation@cofchrist.org](mailto:oblation@cofchrist.org))

Si oui, donnez une brève description : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## COMMENTAIRES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS IMPORTANTES

1. Sécurisez toute l'information fournie dans ce rapport avant d'accorder l'aide.
2. Assurez-vous que l'aide que vous avez approuvée est dans la limite autorisée.
3. Vérifiez l'historique des aides auprès des services fiscaux avant d'accorder une aide.
4. Signez le rapport.
5. Gardez une copie pour vos archives.
6. Joignez ce formulaire à la demande de remboursement de l'aide d'oblation (formulaire OB-102).
7. Soumettre le rapport en temps opportun. Les demandes de plus d'un an ne seront pas remboursées.

Rapporté par : \_\_\_\_\_  
(Évêque/Officier Financier)

Juridiction : \_\_\_\_\_  
(Centre de Mission/Congrégation)