

Formulaire de demande d'aide financière pour l'accueil d'un animal de compagnie pendant l'hospitalisation de son maître, et ce durant maximum 7 jours calendrier

Ce formulaire doit être accompagné des documents suivants :

- l'attestation du CPAS, datant au plus d'un mois, mentionnant que le demandeur se trouve effectivement dans l'une des conditions visées par l'article 2. Il est tenu pour ce faire de se présenter au Service social du CPAS,
- d'une copie du certificat d'enregistrement pour tout animal nécessitant ce type d'obligation tels que les chiens (DogID), les chats (CatID), ID Chips ou assimilé, ...
- si la consultation a déjà eu lieu, d'une copie de la facture et de la preuve du paiement (extrait de compte, reçu, ...).

Données de la personne sollicitant l'aide :

Nom, prénom :

Adresse :

Numéro national :

Numéro de téléphone et/ou adresse mail :

Situation sociale :

- Travailleur(se) salarié(e) :
- Demandeur(se) d'emploi
- En incapacité de travail En invalidité Pensionné(e) Handicapé(e)
- A charge du CPAS Sans revenu
- Autres :

Statut social : Isolé(e) - Cohabitant(e) - Nombre de personnes vivant à la même adresse

Compte bancaire sur lequel verser la prime :

Description de l'animal bénéficiaire :

Type : - Race :

Âge : - Sexe :

Enregistré dans une base de données : non - oui - N° d'identification :

Objet de l'aide :

Certifie par la présente que les renseignements donnés sont exacts et que l'aide apportée est fixée à un montant maximum de 20€ par jour aux citoyens montois isolés hospitalisés pour la prise en charge d'un animal de compagnie et ce durant maximum 7 jours calendrier . Tous frais supérieurs au montant précité devront être pris en charge par le bénéficiaire de l'aide. Le soin apporté sera effectué dans les 30 jours à dater du présent accord.

Consens au traitement de mes données personnelles par l'Administration communale de la Ville de Mons dans le cadre de la demande d'aide financière pour faciliter l'accès et le soin aux animaux des publics fragilisés.

Date de l'accord de l'aide :

Nom et prénom du bénéficiaire Signature	Nom et prénom du référent communal BEA Signature
--	---

A remplir par le refuge, la pension agréée et à transmettre à l'Administration dans les 30 jours de la prise en charge

Montant facturé au bénéficiaire : € - Facture n° : - Etablie le

Nom, prénom, signature et cachet de l'institution