

NOM DE DEMANDEUR (APPLICANT'S NAME)

| | |
|-------------------------------|--|
| NOM (LAST NAME) | PRÉNOM (FIRST NAME) |
| ADRESSE (ADDRESS) | |
| COURRIEL (E-MAIL) | TÉLÉPHONE (PHONE NUMBER) |
| NOM DU PRODUIT (PRODUCT NAME) | DATE DE L'ACHAT DU PRODUIT (PRODUCT PURCHASE DATE) |

**PRODUITS ADMISSIBLES :
(ELIGIBLE PRODUCTS :)**

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Couches lavables pour bébés - Inserts réutilisables pour couches lavables pour bébés - Culottes d'apprentissage à la propreté réutilisables (bambin) | <ul style="list-style-type: none"> - Washable diapers for babies - Reusable inserts for washable diapers for babies - Reusable potty-training pants |
|--|--|

**POUR ÊTRE ADMISSIBLE à la subvention :
(TO BE ELIGIBLE for the subsidy :)**

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Un seul remboursement par enfant - Résider dans le Canton de Hemmingford pendant au moins 6 mois - Ne pas avoir de dette envers la municipalité - Présenter la facture originale de l'achat - Remplir le formulaire de demande dans les 6 mois suivant l'achat | <ul style="list-style-type: none"> - Only one reimbursement per child - Have resided in the Township of Hemmingford for at least 6 months - Have no outstanding debts to the Municipality - Provide the original purchase invoice - Complete the application form within 6 months of the purchase |
|--|--|

**DOCUMENTS À SOUMETTRE AVEC LA DEMANDE
(DOCUMENTS TO BE SUBMITTED WITH THE APPLICATION)**

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - La ou les factures originales de votre ou vos achats de produit hygiénique - Preuve de résidence | <ul style="list-style-type: none"> - Original invoice(s) for your sanitary product purchase(s) - Proof of residency |
|---|---|

**AIDE FINANCIÈRE
(FINANCIAL ASSISTANCE)**

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - 75 % du coût de l'achat, jusqu'à concurrence de 500\$ pour des produits lavables avec facture <p>Les aides financières seront octroyées jusqu'à concurrence du budget annuel réservé à cet effet.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 75 % of the purchase cost, up to a maximum of 500\$ for new reusable products <p>Financial assistance will be granted until the annual budget allocated for this purpose is exhausted.</p> |
|---|--|

SIGNATURE

Signature : _____ Date : _____

Retourner par la poste ou en personne : La Municipalité du Canton de Hemmingford
Return by mail or in person: 505 rue Frontière, local 3
Hemmingford (Qc) J0L 1H0
(450) 247-2050

**RÉSERVÉ À LA MUNICIPALITÉ
(RESERVED FOR THE MUNICIPALITY)**

Montant total de l'achat sans taxes : _____
Total amount of purchase without taxes : _____

Subvention à octroyer : _____
Granted subsidy amount : _____