



SUBVENTION PRODUITS HYGIÉNIQUES LAVABLES WASHABLE HYGIENE PRODUCTS

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">- Pour l'hygiène féminine : lingettes démaquillantes, coupes menstruelles, protège-dessous, serviettes hygiéniques réutilisables, coussinets d'allaitement- Pour l'incontinence : sous-vêtements absorbants réutilisables, culottes d'incontinence réutilisables- Pour la maison : essuie-tout réutilisables, papier de toilette réutilisable	<ul style="list-style-type: none">- For feminine hygiene: reusable makeup remover pads, menstrual cups, pantyliners, reusable sanitary pads, nursing pads- For incontinence: reusable absorbent underwear, reusable incontinence underwear- For household use: reusable paper towels, reusable toilet paper
---	---

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

<ul style="list-style-type: none">- Maximum d'une demande par adresse- 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">- Maximum of one application per household- 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 d'achat, jusqu'à un maximum de 500 \$ par adresse Les aides financières seront octroyées jusqu'à concurrence du budget annuel réservé à cet effet.	<ul style="list-style-type: none">- 75 % of the purchase cost, up to a maximum of 500 \$ per address Financial assistance will be granted until the annual budget allocated for this purpose is exhausted.
---	--

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 : _____