

**Bourse équipement**
**Demande de financement**

Comme défini dans ses statuts, **le Fonds de Dotation LUCIE CARE** a pour vocation de **financer des missions d’intérêt général liées aux jeunes déficients visuels**.Elle apporte à ces jeunes et à leurs familles son soutien dans le cadre d’activités éducatives, sportives, culturelles et celles relatives au développement scolaire ou à l’environnement scolaire.

Le Fonds de Dotation LUCIE CARE accompagne des personnes morales, structures à but non lucratif œuvrant pour l’intérêt général, et des personnes physiques à travers des bourses individuelles.

**Modalités**

Pour obtenir un soutien du Fonds de dotation Lucie Care, nous vous demandons de :

* Remplir ce dossier en intégralité de façon numérique sous word et de le renvoyer avec les pièces jointes par courriel à projets@lucie-care.org ,
* Fournir les pièces justificatives demandées et toute pièce pouvant compléter le dossier.

**Pièces à joindre :**

* Justificatif d’identité
* Justificatif démontrant la déficience visuelle (certificat du médecin, carte invalidité mention cécité, notification MDPH…)
* Justificatif démontrant les ressources (revenus, avis d’imposition ou de non-imposition, etc…)
* Devis
* Justificatifs des demandes déposées auprès des organismes sociaux et des refus opposés.

**Critères d’éligibilité**

1. Être aveugle ou malvoyant et âgé de moins de 26 ans.
2. Participation financière personnelle ou de la famille obligatoire.
3. La demande concerne des outils d’aide à la compensation du handicap : matériel informatique, numérique ou optique.

**BENEFICIAIRE**

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Nature du handicap : 🞎 Cécité 🞎 Malvoyance 🞎 Handicap associé :

Classe :

Etablissement :

Structure de suivi et d’accompagnement :

***REPRESENTANT LEGAL***

NOM : PRENOM :

Lien avec l’enfant :

Adresse :

Téléphone :
Courriel :

Composition du foyer :
Nombre de frère et sœur âgés de moins de 18 ans :

***CONTACT REFERENT DU DOSSIER***

NOM :

Structure :
Fonction :
Téléphone :
Courriel :

**DEMANDE**

**INFORMATION SUR LE MATERIEL**

Type de matériel :

Fournisseur :

Prix :

**DESCRIPTIF DE LA DEMANDE :**

Motivation et explication du choix de cet équipement.

**CONTEXTE DE LA DEMANDE :**

Note sociale ou note de situation

**BUDGET**

Coût du matériel : (joindre un devis)

Financements

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organisme** | **Montant** | **Date demande** | **Accord/refus/en cours** |
| Participation familiale |  |  |  |
| MDPH |  |  |  |
| CCAS- mairie |  |  |  |
|  LUCIE CARE |  |  |  |
| … |  |  |  |
| Total |  |  |  |

J’accepte que mon enfant apporte un témoignage à LUCIE CARE sur son matériel : 🞎 oui 🞎 non

**Date de la demande :**

**Nom du demandeur :**

**Signature :**