Une image contenant logo

Description générée automatiquement

**Bourse séjour**  
**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**.Il apporte à ces jeunes et à leur famille son soutien dans le cadre d’activités éducatives, sportives, culturelles et celles relatives à l’accompagnement social 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**

**Il est proposé un montant de 500 euros maximum par semaine, pour un séjour de 2 semaines maximum, et dans la limite de 50% du budget total transport compris. Le projet de séjour doit s’inscrire dans une démarche de développement de l’autonomie ou doit être lié à un besoin d’accompagnement qui ne peut être trouvé ailleurs (handicaps associés).**



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](mailto: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…)
* Justificatifs de ressources (Attestation de quotient familial CAF et déclaration de revenus)
* Devis du séjour envisagé
* Justificatif des demandes déposées auprès des organismes sociaux et des refus opposés.

**Critères d’éligibilité**

1. Être aveugle ou malvoyant et âgé de moins de 18 ans.
2. Participation financière de la famille obligatoire.

**BENEFICIAIRE**

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

Nature du handicap : 🞎 Cécité 🞎 Malvoyance 🞎 Handicap associé

Etablissement :

Classe :

***REPRESENTANT LEGAL***

NOM : PRENOM :

Lien avec l’enfant :

Adresse :

Téléphone :   
Courriel :

***CONTACT PROFESSIONNEL DE L’ACCOMPAGNEMENT SOCIAL (Assistante sociale ou CESF)***

NOM : PRENOM :

Structure :  
Fonction :   
Téléphone :   
Courriel :

**DEMANDE**

**INFORMATION SUR LE SEJOUR**

Date de départ : Date de retour :

Organisateur :

Lieu du séjour :

Type de séjour : 🞎 inclusif 🞎 mixte 🞎 adapté

Modalités de transport :

Historique :

🞎 premier départ 🞎 départ annuel

🞎 date du dernier séjour et organisme :

**DESCRIPTIF DE LA DEMANDE :** *(motivation et objectifs du séjour)*

**CONTEXTE DE LA DEMANDE :** *(note sociale ou situation)*

**BUDGET**

Coût du séjour : *(joindre un devis)*

Financements :

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

Historique financement Lucie Care : 🞎 première demande 🞎 renouvellement

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

**Date de la demande :**

**Nom du demandeur :**