

**Bourse individuelle**
**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…)
* Devis, budget prévisionnel
* 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 26 ans.

**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**

**DESCRIPTIF DE LA DEMANDE :**

Motivation et explication du projet.

**CONTEXTE DE LA DEMANDE :**

Note sociale ou note de situation.

**BUDGET**

Coût total du projet :

Détails des principaux postes (ou joindre un devis du prestataire/fournisseur).

Financements :

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

Montant demandé à LUCIE CARE :

A quoi va être utilisé le financement de Lucie Care :

J’accepte que mon enfant apporte un témoignage à LUCIE CARE au cours ou à la fin de son projet :

🞎 oui 🞎 non

**Date de la demande :**

**Nom du demandeur :**