

REQUÉRANT			
Prénom et nom du requérant			Téléphone
Numéro civique	Rue	Municipalité <b>Saint-Hippolyte</b>	Code postal
Nom et âge de l'utilisateur			Lien entre utilisateur et le requérant

**COUCHES LAVABLES**

La Municipalité de Saint-Hippolyte rembourse 50 % du coût d'achat ou de location de couches lavables, de même que le matériel nécessaire à leur confection si fabriqués à la main, jusqu'à concurrence de 150 \$ par année par enfant. Seuls les résidents permanents sont admissibles. Pour plus de détails sur les articles admissibles, consultez le [www.saint-hippolyte.ca](http://www.saint-hippolyte.ca).

**DOCUMENTS À FOURNIR**

<input type="checkbox"/> Preuve d'achat	<input type="checkbox"/> Preuve de résidence
<input type="checkbox"/> Preuve de naissance ou de grossesse	<input type="checkbox"/> Pièce d'identité avec photo
<input type="checkbox"/> Formulaire	

**PRODUITS DU QUOTIDIEN ZÉRO DÉCHET**

La Municipalité de Saint-Hippolyte rembourse 50 % des coûts d'achat de produits du quotidien zéro déchet, jusqu'à concurrence de 100 \$ par année par résidence. Seuls les résidents permanents sont admissibles. Pour plus de détails sur les produits admissibles, consultez le [www.saint-hippolyte.ca](http://www.saint-hippolyte.ca).

**DOCUMENTS À FOURNIR**

<input type="checkbox"/> Preuve d'achat	<input type="checkbox"/> Preuve de résidence
<input type="checkbox"/> Formulaire	

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :**

Les factures doivent préciser le ou les types de produits achetés, le nom et l'adresse de l'entreprise, les numéros de TPS et TVQ (s'il y a lieu) et la date d'achat ou de signature de l'entente de location, le cas échéant.

Les preuves de résidences acceptées comprennent le permis de conduire valide (recto-verso), le compte de taxes le plus récent ou un compte de services récent (Hydro-Québec, Bell, Vidéotron, etc.).

Les preuves de naissances acceptées dans le cadre de la subvention pour l'achat de couches lavables sont le certificat de naissance, les deux pages de la déclaration de naissance ou le billet du médecin indiquant la date prévue de l'accouchement.

**Je, soussigné(e) déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts.**

Signé à Saint-Hippolyte le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_  
(date) (signature)

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

Demande reçue le :	Par :	Signature :
#GL : 02-452-10-970	# fournisseur :	Montant subvention :