



Formulaire d'Entraide Sociale

Dans l'esprit de solidarité communautaire au sein de la diaspora togolaise au Canada, la CTC vient en aide à ses membres lorsque le besoin se fait sentir. Veuillez remplir ce formulaire et le soumettre au bureau exécutif de la CTC à votre plus prompt convenance.

Détails du Membre

Nom de famille : _____ Prénom(s) : _____

Adresse complète : _____

Adresse email : _____ Tél. : _____

Statut : Membre actif (à jour avec sa cotisation annuelle) Membre sympathisant (cotisation annuelle non à jour)

Autre (Veuillez préciser)

Détail sur l'évènement (Veuillez cocher une case seulement) :

Naissance d'un enfant dans le foyer du membre Date de la naissance : _____

Maladie grave : Membre Conjoint/e Enfant Parent (père ou mère)

Détail sur le cas de maladie : _____

Décès dans le foyer du membre : Conjoint/e Enfant Parent (père ou mère)

Date du décès : _____ Lieu du décès : _____

Détail sur le cas je sollicite une assistance pour (Veuillez cocher une case seulement) :

Trouver un logement Localité de préférence : _____

Trouver un stage de formation pratique Domaine d'études : _____

Trouver un emploi rémunéré Domaines d'intérêts : _____

Trouver un mentor dans un domaine d'emploi Domaines d'intérêts : _____

Mariage du membre Date du mariage : _____ Prévu Déjà célébré

Promotion de talent d'un membre ou membre de sa famille Détails sur le talent : _____

Aide pour processus d'immigration, veuillez préciser Étudiants Parrainage Réfugiés Travailleurs qualifiés

Autre (Veuillez préciser) : _____

Certification

En apposant ma signature (ou en cliquant sur le bouton « Soumettre », j'atteste qu'à ma connaissance, toutes les informations fournies sur ce formulaire sont vraies et exactes. Je reconnais que l'assistance apportée par la CTC est purement d'ordre d'entraide sociale et communautaire qui n'engage pas la responsabilité de la CTC ou ses membres.

Ville : _____ Date : _____

Signature : _____

Partie réservée à l'administration CTC

Requête reçue le _____ via : internet email la poste en personne

Dossier ouvert le _____ traité par (Nom complet, titre, fonction) _____

Détail sur l'évènement (Veuillez cocher une case seulement) :

Naissance d'un enfant dans le foyer du membre Date de la naissance : _____

Maladie grave : Membre Conjoint/e Enfant Parent (père ou mère)

Détail sur le cas de maladie : _____

Décès dans le foyer du membre : Conjoint/e Enfant Parent (père ou mère)

Date du décès : _____ Lieu du décès : _____

Décision :

Requête approuvée Démarches entreprises : _____

Date : _____ Résultats obtenus : _____ Date : _____

Requête mis en attente Motifs : _____

Requête rejetée Raisons motivant le rejet : _____

Ville _____ Date _____ Signature _____ Nom complet _____