



ANNUAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

ANNUAL APPLICATION DEADLINE: NOVEMBER 30

The Socrates Educational Foundation (SEF) is bound and abides by strict confidentiality rules.

The information you provide is governed by the Act Respecting the Protection of Personal Information In the Private Sector

FOR YOUR APPLICATION TO BE PROCESSED, ALL REQUESTED DOCUMENTS MUST ACCOMPANY THIS FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FORM.

- a) A copy of the last two (2) years of the **FEDERAL NOTICE OF ASSESSMENT T451 & the PROVINCIAL AVIS DE COTISATION TPF** (both parents, if applicable);
- b) A copy of the applicant's housing lease agreement or mortgage bank statement(s);
- c) The two (2) most recent copies of Social Welfare proceeds cheque stubs (if applicable);
- d) A copy of the initial letter sent to the applicant by the Social Welfare Department of the Québec Government (if applicable);
- e) A court affidavit specifying who is responsible for the child/children (if the applicant is a single-parent with legal custody of the child/children), and, if the person receives child support payments (if applicable);
- f) A copy of the applicant's most recent pay stub (both parents, if applicable).

Please check the boxes to indicate the documents you have included

PLEASE NOTE: YOUR FORM & ALL DOCUMENTS MUST COME TO US THROUGH REGULAR MAIL

NAME OF PARENT FILLING THE APPLICATION:

Return to : La Fondation Éducationnelle Socrate – 32, rue Creswell, D.D.O., Qc. H9B 1W7
Telephone Number : (514) 558-1599, **E-Mail :** socratesef@gmail.com, **Web site :** socratesef.ca



ALL SECTIONS MUST BE FILLED IN FOR THE APPLICATION TO BE PROCESSED
(MARK N/A OR PLACE LINE THROUGH SECTIONS THAT DO NOT APPLY)

ALL SECTIONS ARE MANDATORY. – PLACE A LINE THROUGH SECTIONS THAT DO NOT APPLY

STUDENT INFORMATION - This information needs to be completed for each student applying for aid
Please Print

1 Family Name: _____ First Name: _____

Birth Date: Y/M/D _____

Gender: Female Male

Citizenship: _____

School Campus: _____ Registering for grade _____

2 First Name: _____

Birth Date: Y/M/D _____

Gender: Female Male

Registering for grade: _____

3 First Name: _____

Birth Date: Y/M/D _____

Gender: Female Male

Registering for grade: _____

FAMILY INFORMATION

Number of children living at home: _____ Ages: _____

Parents Marital Status: Married Separated Divorced Widowed Common-Law (Living together for 12 continuous months)



ALL SECTIONS ARE MANDATORY. – PLACE A LINE THROUGH SECTIONS THAT DO NOT APPLY

PARENT INFORMATION (PLEASE PRINT)

Mother's Family Name: _____ First Name: _____

Mother's Address: _____

City _____ Province _____ Postal Code _____

Home Phone _____ Cell Phone _____

Email _____

Occupation _____

Employer _____

Please state if self-employed, the name of the business: _____

Position: _____ Hourly Salaried **Gross Annual income:** _____

Employer/Business address: _____

Father's Family Name: _____ First Name: _____

Father's Address (IF DIFFERENT FROM ABOVE): _____

City _____ Province _____ Postal Code _____

Home Phone _____ Cell Phone _____

Email _____

Occupation _____

Employer _____

Please state if self-employed, the name of the business: _____

Position: _____ Hourly Salaried **Gross Annual income:** _____

Employer/Business address: _____

This Application was filled out by Mother Father Other (Explain) _____



ALL SECTIONS ARE MANDATORY. – PLACE A LINE THROUGH SECTIONS THAT DO NOT APPLY

HOUSING STATUS OF APPLICANT PARENT

Rent - Monthly Rent: _____ Insurance per Month (If Applicable): _____

OR

Own - Monthly mortgage: _____ Year Purchased: _____

Is your homeowner’s insurance included in your mortgage payment? Yes ___ No ___

Amount per month, if No: _____

Balance of Mortgage: _____ Property Taxes: _____

Are your taxes included in your mortgage payment? Yes ___ No ___

OTHER REAL ESTATE INFORMATION

Do you own real estate other than your home? Yes ___ No ___ Monthly Mortgage _____

Is the insurance included in your mortgage payment? Yes ___ No ___ Amount per month, if No: _____

Are the taxes included in your mortgage payment? Yes ___ No ___

Balance of Mortgage: _____ Taxes: _____

Address of property: _____

Please include a copy of the Lease Agreement or Mortgage Bank Statements for ALL properties owned.

LIABILITY INFORMATION

CREDIT CARDS

Name (VISA, MC, etc.)	Credit Card Limit	Current Balance	Minimum Monthly Payment



ALL SECTIONS ARE MANDATORY. - PLACE A LINE THROUGH SECTIONS THAT DO NOT APPLY

LIABILITY INFORMATION (Cont.)

VEHICLES

Vehicle Make & Year	OWN, LOAN or LEASE	Balance	Monthly Payment	Insurance Per Month

OTHER LOANS, LINE OF CREDIT, DEBTS, OR OBLIGATIONS

Description	Balance	Monthly payment

UTILITIES / MEDICAL COSTS (not covered by insurance or Medicare) PER MONTH

Description	Amount/Month
ELECTRICITY	
HEATING	
TELEPHONES	
MEDICAL	
OTHER (PLEASE DESCRIBE)	

OTHER COSTS

BUSING REQUIRED NO YES ONE-WAY TWO-WAY

SERVICE DE GARDE (IF APPLICABLE) \$ _____

BALANCE OF UNPAID TUITION AT SOCRATES-DÉMOSTHÈNES: \$ _____ IF OWING, PLEASE STATE THE PAYMENT ARRANGEMENT WITH SOC-DEM _____



ALL SECTIONS ARE MANDATORY. - PLACE A LINE THROUGH SECTIONS THAT DO NOT APPLY

OTHER SOURCES OF INCOME INCLUDING INCOME ASSISTANCE INFORMATION (Check all that apply)

- PROVINCIAL - PRESTATION FAMILIALE Amount monthly: \$ _____
- FEDERAL - CHILD TAX BENEFIT Amount monthly: \$ _____
- UNIVERSAL CHILD ALLOWANCE Amount monthly: \$ _____
- SHELTER ALLOWANCE Amount monthly: \$ _____
- ALIMONY INCOME Amount monthly: \$ _____
- CHILD SUPPORT Amount monthly: \$ _____
- MONTHLY ASSISTANCE – RRQ OR OAP-GIS Amount monthly: \$ _____
- OTHER (Please Specify) Amount monthly: \$ _____

ADDITIONAL HELP

The SEF cooperates with the **Hellenic Ladies Benevolent Society (HLBS)** for school needs. Please indicate any additional needs you may have and authorize the SEF to share your information with the HLBS by signing here:

I require the following: School Books & Materials School Uniforms Hot Lunches Other _____

SIGNATURE OF PARENT APPLICANT: _____ Date: _____

Please list whether you have access to other organizations/resources that you apply for additional funding, regardless if your applications are accepted or not.

OTHER ASSETS/INVESTMENTS (RRSP, STOCKS, BONDS, TRUST, INHERITANCE, DIVIDENDS, etc.) or SOURCES OF INCOME (RENTAL PROPERTIES OR HOLDING COMPANIES, CAPITAL GAINS, etc.)

DESCRIPTION	AMOUNT PER MONTH OR VALUE



ALL SECTIONS ARE MANDATORY. – PLACE A LINE THROUGH SECTIONS THAT DO NOT APPLY

PARENT CONTRIBUTION TOWARDS TUITION FEES

Please indicate the **maximum amount** that you are able to contribute towards the tuition.

\$

I declare that all the information that I have provided in this application form is correct and complete and up to date in all respects and that I have not withheld any information.

I understand that the information I have provided will be used to determine my eligibility for financial assistance. I hereby authorize the Socrates Educational Foundation (hereinafter the "SEF") to obtain and verify any information it may require for this purpose from other sources (including, for example, credit bureau) and each source is hereby authorized to provide the SEF with such information.

I understand that if any of the statements I have made are inaccurate or incorrect, the SEF reserves the right to seek reimbursement of the complete amount of the Financial Assistance awarded;

I agree to hold harmless the SEF and its respective officers, directors, employees, committee members from and against any damages and liabilities relating to its response pursuant to this financial request.

NAME OF PARENT FILLING THE APPLICATION: _____

SIGNATURE OF PARENT APPLICANT: _____ Date: _____

This information will be used strictly for the purposes of verifying information prior to the awarding of financial assistance. This information will be held in adherence to **the Act Respecting the Protection of Personal Information in the Private Sector.**

All **incomplete applications** (ex: missing documents, form not fully completed) will not be reviewed by SEF. The incomplete applications will be kept for 4 weeks at which point SEF reserves the right to destroy all documents received and thus automatically reject the request.

Due to limited funds not all applicants may be considered.

PLEASE, do not forget to enclose with your applications the following supporting documents by the required deadline:

- a) A copy of the last two (2) years of the **FEDERAL NOTICE OF ASSESSMENT & the PROVINCIAL AVIS DE COTISATION** (both parents, if applicable);
- b) A copy of the applicant's housing lease agreement or mortgage bank statement(s);
- c) The two (2) most recent copies of Social Welfare proceeds cheque stubs (if applicable);
- d) A copy of the initial letter sent to the applicant by the Social Welfare Department of the Québec Government (if applicable);
- e) A court affidavit specifying who is responsible for the child/children (if the applicant is a single-parent with legal custody of the child/children), and if the person received child support payments (if applicable);
- f) A copy of the applicant's most recent pay stub (both parents, if applicable)



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

DATE LIMITE DE DÉPÔT DES DEMANDES: 30 NOVEMBRE

La Fondation Éducationnelle Socrate (SEF) est tenue de respecter des règles strictes en matière de confidentialité.

Les renseignements que vous fournissez sont régis par la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

POUR QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITÉE, TOUS LES DOCUMENTS DEMANDÉS DOIVENT ACCOMPAGNER LE PRÉSENT FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE.

- a) Une copie des deux (2) dernières années de l'AVIS DE COTISATION FÉDÉRAL T451 et de l'AVIS DE COTISATION PROVINCIAL TPF (pour les deux parents, le cas échéant) ;
- b) Une copie du contrat de bail du logement du demandeur ou du (des) relevé(s) bancaire(s) hypothécaire(s) ;
- c) Les deux (2) copies les plus récentes des talons des chèques de prestations sociales (le cas échéant) ;
- d) Une copie de la lettre initiale envoyée au demandeur par le Service de l'aide sociale du gouvernement du Québec (s'il y a lieu) ;
- e) Un affidavit du tribunal précisant qui est responsable de l'enfant ou des enfants (si le demandeur est un parent seul ayant la garde légale de l'enfant ou des enfants), et si la personne reçoit une pension alimentaire pour l'enfant (le cas échéant) ;
- f) une copie du dernier bulletin de salaire du demandeur (des deux parents, le cas échéant).

Veuillez cocher les cases correspondantes aux documents que vous avez joints.

VEUILLEZ NOTER: LE FORMULAIRE ET TOUS LES DOCUMENTS DOIVENT NOUS PARVENIR PAR COURRIER POSTAL

NOM DU PARENT QUI REMPLIT LA DEMANDE :

Retourner à l'adresse suivante : La Fondation Éducationnelle Socrate – 32, rue Creswell, D.D.O., QC, H9B 1W7
Numéro de téléphone : (514) 558-1599, **Courrier électronique:** socratesef@gmail.com, **Site Web :** socratesef.ca



**TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ÊTRE REMPLIES POUR QUE LA DEMANDE SOIT TRAITÉE
(MARQUER N/A OU RAYER LES SECTIONS QUI NE S'APPLIQUENT PAS)**

TOUTES LES SECTIONS SONT OBLIGATOIRES. - RAYER LES SECTIONS QUI NE S'APPLIQUENT PAS

INFORMATIONS SUR L'ÉTUDIANT - Ces informations doivent être complétées pour chaque étudiant demandant une aide.

En caractères d'imprimerie

1 Nom de famille: _____ Prénom: _____

Date de naissance : A/M/J _____

Sexe: féminin masculin

Citoyenneté: _____

Campus de l'école: _____ Inscription au grade _____

2 Nom de famille: _____ Prénom: _____

Date de naissance : A/M/J _____

Sexe: féminin masculin Inscription au grade _____

3 Nom de famille: _____ Prénom: _____

Date de naissance : A/M/J _____

Sexe: féminin masculin Inscription au grade _____

RENSEIGNEMENT SUR LA FAMILLE

Nombre d'enfants vivant à la maison: _____ Ages: _____

État civil des parents: Mariés Séparés Divorcés Veuf(ve) Conjoint de fait (vivre ensemble depuis 12 mois continus)



TOUTES LES SECTIONS SONT OBLIGATOIRES. - RAYER LES SECTIONS QUI NE S'APPLIQUENT PAS

INFORMATIONS SUR LES PARENTS (EN LETTRES MOULÉES)

MÈRE

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone à domicile _____ Téléphone cellulaire _____

Courrier électronique _____

Occupation _____

Employeur _____

Position: _____ Salaire horaire Salarié **Revenu annuel brut** : _____

Adresse de l'employeur / de l'entreprise : _____

S'il s'agit d'un travailleur indépendant, veuillez indiquer le nom de l'entreprise : _____

PÈRE

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone à domicile _____ Téléphone cellulaire _____

Courrier électronique _____

Occupation _____

Employeur _____

Position: _____ Salaire horaire Salarié **Revenu annuel brut** : _____

Adresse de l'employeur / de l'entreprise : _____

S'il s'agit d'un travailleur indépendant, veuillez indiquer le nom de l'entreprise : _____

La présente demande a été remplie par MÈRE PÈRE Autre (Expliquez)



TOUTES LES SECTIONS SONT OBLIGATOIRES. - RAYER LES SECTIONS QUI NE S'APPLIQUENT PAS

STATUT DU LOGEMENT DU PARENT DEMANDEUR

Loyer - Loyer mensuel: _____ Assurance par mois (si applicable): _____

OU

Propriétaire de maison Hypothèque mensuelle: _____ Année d'achat: _____

Votre assurance habitation est-elle incluse dans vos versements hypothécaires ? Oui ___ Non ___

Montant mensuel, si non: _____

Solde de l'hypothèque: _____ Taxes foncières: _____

Vos taxes sont-elles incluses dans votre paiement hypothécaire ? Oui ___ Non ___

AUTRES INFORMATIONS SUR LES BIENS IMMOBILIERS

Possédez-vous des biens immobiliers autres que votre domicile ? Oui ___ Non ___

Hypothèque mensuelle: _____

Votre assurance habitation est-elle incluse dans vos versements hypothécaires ? Oui ___ Non ___

Montant mensuel, si non: _____

Solde de l'hypothèque: _____ Taxes foncières: _____

Vos taxes sont-elles incluses dans votre paiement hypothécaire ? Oui ___ Non ___

Adresse de l'immeuble: _____

Veillez inclure une copie du contrat de bail ou des relevés bancaires de l'hypothèque pour TOUS les biens possédés.

INFORMATIONS RELATIVES À LA RESPONSABILITÉ

CARTES DE CRÉDIT

Nom (VISA, MC, etc.)	Limite de la carte de crédit	Solde actuel	Paiement mensuel minimum



TOUTES LES SECTIONS SONT OBLIGATOIRES. - RAYER LES SECTIONS QUI NE S'APPLIQUENT PAS

INFORMATIONS RELATIVES À LA RESPONSABILITÉ (Cont.)

VÉHICULES

Marque et année du véhicule	PROPRIÉTÉ, PRÊT ou LOCATION	Solde	Paiement mensuel	Assurance par mois

AUTRES PRÊTS, LIGNES DE CRÉDIT, DETTES OU OBLIGATIONS

Description	Solde	Paiement mensuel

FRAIS D'UTILITÉ / FRAIS MÉDICAUX (non couverts par l'assurance ou Medicare) PAR MOIS

Description	Montant par mois
ÉLECTRICITÉ	
CHAUFFAGE	
TÉLÉPHONES	
MÉDICAL	
AUTRE (VEUILLEZ DÉCRIRE)	

AUTRES FRAIS

TRANSPORT NÉCESSAIRE NON _____ OUI _____ VOIE UNIQUE DOUBLE VOIE

SERVICE DE GARDE (SI APPLICABLE) \$ _____

SOLDE DES FRAIS DE SCOLARITÉ IMPAYÉS À SOCRATES-DÉMOSTHÈNES: \$ _____ SI LE SOLDE EST ENCORE DÛ, VEUILLEZ INDIQUER L'ACCORD DE PAIEMENT AVEC SOC-DEM _____



TOUTES LES SECTIONS SONT OBLIGATOIRES. - RAYER LES SECTIONS QUI NE S'APPLIQUENT PAS

AUTRES SOURCES DE REVENUS, Y COMPRIS LES INFORMATIONS SUR L'ASSISTANCE AU REVENU

(Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> PROVINCIALE - PRESTATION FAMILIALE | Montant mensuel: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> FÉDÉRAL - ALLOCATION FISCALE POUR ENFANTS | Montant mensuel: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> L'ALLOCATION UNIVERSELLE POUR ENFANT | Montant mensuel: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> ALLOCATION LOGEMENT | Montant mensuel: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> REVENU DE PRESTATION ALIMENTAIRE | Montant mensuel: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> PENSION ALIMENTAIRE | Montant mensuel: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> ASSISTANCE MENSUELLE - RRQ OU OAP-GIS | Montant mensuel: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> AUTRE (veuillez préciser) | Montant mensuel: \$ _____ |

AIDE SUPPLÉMENTAIRE

La SEF coopère avec la **SOCIÉTÉ D'ENTRAIDE DES FEMMES GRECQUES (HLBS)** pour les besoins des écoles. Veuillez indiquer tout besoin supplémentaire que vous pourriez avoir et autoriser la SEF à partager vos informations avec le HLBS en signant ici:

J'ai besoin des éléments suivants: Livres et matériel scolaires Uniformes scolaires Repas chauds Autres _____

SIGNATURE DU PARENT DEMANDEUR: _____ Date: _____

Veuillez indiquer si vous avez accès à d'autres organisations/ressources pour lesquelles vous demandez un financement supplémentaire, que votre demande soit acceptée ou non.

AUTRES ACTIFS/INVESTISSEMENTS (REER, ACTIONS, OBLIGATIONS, TRUST, HÉRITAGES, DIVIDENDES, etc.) ou SOURCES DE REVENUS (IMMEUBLES LOCATIFS OU SOCIÉTÉS HOLDING, GAINS DE CAPITAL, etc.)

DESCRIPTION	MONTANT MENSUEL OU VALEUR



CONTRIBUTION DES PARENTS AUX FRAIS DE SCOLARITÉ

Veillez indiquer le montant maximum que vous êtes en mesure de contribuer aux frais de scolarité.

\$

Je déclare que toutes les informations que j'ai fournies dans le présent formulaire de demande sont correctes, complètes et à jour à tous égards et que je n'ai pas dissimulé d'information.

Je comprends que les informations que j'ai fournies seront utilisées pour déterminer mon éligibilité à une aide financière. Par la présente, j'autorise la Fondation Éducationnelles Socrate (ci-après la « SEF ») à obtenir et à vérifier toute information dont elle pourrait avoir besoin à cette fin auprès d'autres sources (y compris, par exemple, une agence d'évaluation du crédit) et chaque source est autorisée par la présente à fournir ces informations à la SEF.

Je comprends que si l'une des déclarations que j'ai faites est inexacte ou incorrecte, la SEF se réserve le droit de demander le remboursement du montant total de l'aide financière accordée;

J'accepte de dégager de toute responsabilité la SEF et ses dirigeants, administrateurs, employés et membres de comités respectifs, en cas de dommages et de responsabilités liés à sa réponse à la présente demande financière.

NOM DU PARENT QUI REMPLIT LA DEMANDE: _____

SIGNATURE DU PARENT DEMANDEUR: _____ Date: _____

Ces informations ne seront utilisées qu'à des fins de vérification avant l'octroi d'une aide financière. Ces renseignements seront conservés conformément à la **Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.**

Toute demande incomplète (ex: documents manquants, formulaire non rempli) ne sera pas examinée par la SEF. Les demandes incomplètes seront conservées pendant 4 semaines, après quoi la SEF se réserve le droit de détruire tous les documents reçus et donc de rejeter automatiquement la demande.

En raison des fonds limités, tous les candidats ne pourront pas être pris en considération.

N'oubliez pas de joindre à votre candidature les pièces justificatives suivantes dans les délais impartis :

- a) Une copie des deux (2) dernières années de l'AVIS DE COTISATION FÉDÉRAL T451 et de l'AVIS DE COTISATION PROVINCIAL TPF (pour les deux parents, le cas échéant) ;
- b) Une copie du contrat de bail du logement du demandeur ou du (des) relevé(s) bancaire(s) hypothécaire(s) ;
- c) Les deux (2) copies les plus récentes des talons des chèques de prestations sociales (le cas échéant) ;
- d) Une copie de la lettre initiale envoyée au demandeur par le Service de l'aide sociale du gouvernement du Québec (s'il y a lieu) ;
- e) Un affidavit du tribunal précisant qui est responsable de l'enfant ou des enfants (si le demandeur est un parent seul ayant la garde légale de l'enfant ou des enfants), et si la personne reçoit une pension alimentaire pour l'enfant (le cas échéant) ;
- f) une copie du dernier bulletin de salaire du demandeur (des deux parents, le cas échéant).

