

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE



**Société canadienne du cancer** **Canadian Cancer Society**

DIVISION DU QUÉBEC

DATE \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

<b>VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À :</b>	
<b>SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER</b>	
5151, boul. de l'Assomption Montréal (Québec) H1T 4A9	
Téléphone: 514 255-5151, poste 6004	
<b>PATIENT</b>	
NOM (À LA NAISSANCE)	ADRESSE <span style="float: right;">APPARTEMENT</span>
PRÉNOM <span style="float: right;">DATE DE NAISSANCE</span>	VILLE
<input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E) <input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT	CODE POSTAL
NOM DU CONJOINT OU DU RÉPONDANT	TÉLÉPHONE (    )
NOMBRE DE PERSONNES À CHARGE	ÂGE DES PERSONNES À CHARGE
<b>ÉTAT DE SANTÉ</b>	
DIAGNOSTIC	TYPE DE TRAITEMENT
HÔPITAL	CHIMIOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/>
NOM DU MÉDECIN TRAITANT (MAJUSCULES SVP)	RADIOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/>
	CHIRURGIE <input type="checkbox"/>
SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT <b>X</b>	AUTRES (SPÉCIFIER) <input type="checkbox"/>
	<b>SITUATION FINANCIÈRE</b>
AIDE SOCIALE :    OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
<b>AIDE POUR:    TRANSPORT</b>	<b>RÉADAPTATION</b>
<input type="checkbox"/> TRANSPORT	<input type="checkbox"/> PROTHÈSE CAPILLAIRE *
KILOMÉTRAGE POUR UN ALLER-RETOUR: <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> SACS POUR STOMISÉS TEMPORAIRES *
	<input type="checkbox"/> CULOTTES JETABLES (MAXIMUM: 500 \$ / ANNÉE) *
<b>MOYENS DE TRANSPORT : (Cochez une ou plusieurs cases)</b>	
VÉHICULE PERSONNEL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SOUTIEN-GORGE ADAPTÉ (MAXIMUM: 2 / ANNÉE)*
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE * <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BAS ORTHOPÉDIQUES (MAXIMUM: 4 PAIRES / ANNÉE) *
COMPAGNIE DE TRANSPORT PRIVÉ * <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GANT OU MANCHE ÉLASTIQUE (MAXIMUM: 4 / ANNÉE) *
TAXI * <input type="checkbox"/>	
TRAIN * <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TRAITEMENTS LYMPHOEDÈME (MAXIMUM: 500 \$ / ANNÉE) *
AUTOBUS * <input type="checkbox"/>	
STATIONNEMENT * <input type="checkbox"/>	* JOINDRE LA FACTURE ORIGINALE ET L'ORDONNANCE
* JOINDRE LES REÇUS	<b>SUITE ...</b>

## CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

La Société canadienne du cancer, organisme bénévole à but non lucratif, **OFFRE À TITRE GRACIEUX** une aide financière aux personnes à **FAIBLE REVENU** et atteintes du cancer. Les bénéficiaires du programme d'AIDE SOCIALE (aujourd'hui nommé <l'aide financière de derniers recours> ou <aide financière - Solidarité Jeunesse>), ne sont pas admissibles aux allocations de frais de transport, car un programme similaire d'aide financière leur est offert.

### Quels sont les critères d'admissibilité?

- Une personne seule dont le revenu annuel brut est inférieur à 22,171\$.
- Une unité familiale \* de deux (2) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 27,601\$.
- Une unité familiale \* de trois (3) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 33 933\$.
- Une unité familiale \* de quatre (4) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 41,198\$.
- Une unité familiale \* de cinq (5) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 46,727\$.
- Une unité familiale \* de six (6) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 52,699\$.

\* **Unité familiale:** Fait partie de l'unité familiale, toute personne qui réside de façon permanente à la même adresse que la personne atteinte de cancer.

## IMPORTANT

- 1-LE PATIENT EST PRIÉ DE JOINDRE UNE ATTESTATION ÉCRITE DE L'HÔPITAL, PRÉCISANT LA DATE ET LE TYPE DE TRAITEMENT REÇU POUR CHACUNE DE SES VISITES.
- 2-AFIN QUE VOTRE DEMANDE SOIT ÉTUDIÉE LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE, IL EST NÉCESSAIRE DE JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES RAPPORTS D'IMPÔT DE LA DERNIÈRE ANNÉE FISCALE DE L'UNITÉ FAMILIALE AINSI QU'UNE PREUVE DU REVENU ACTUEL S'IL Y A LIEU.
- 3-LES RÉCLAMATIONS S'APPLIQUENT AUX DÉPENSES FAITES RÉTROACTIVEMENT (SIX (6) MOIS) AINSI QUE POUR LES DÉPLACEMENTS À VENIR.
- 4-NE PAS OUBLIER LA SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT AINSI QUE CELLE DU DEMANDEUR.

## SIGNATURE DU DEMANDEUR

X

## À L'USAGE DU BUREAU

REMARQUES

APPROBATION