

<b>INFORMATIONS SUR LE PATIENT</b> (Cette section doit obligatoirement être remplie par <b>le demandeur</b> )		
<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	Date de la demande (JJ/MM/AA)	
Nom de famille	Adresse	Appartement
Prénom	Ville	
Date de naissance (JJ/MM/AA)	Province	Code postal
Téléphone (        )	Courriel (obligatoire)	
<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Célibataire		
Nombre de personnes de l'unité familiale (incluant le demandeur) :	Prénom et nom du conjoint <input type="checkbox"/> ou du proche aidant <input type="checkbox"/> :	
Nombre de personnes de moins de 18 ans :	Téléphone du conjoint <input type="checkbox"/> ou du proche aidant <input type="checkbox"/> : (        )	

<b>INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DU PATIENT</b> (Cette section doit obligatoirement être remplie par <b>un professionnel de la santé</b> )	
<b>** Toute information manquante occasionnera des délais dans le traitement de cette demande **</b>	
Diagnostic de cancer (obligatoire) :	Lieux où sont donnés les traitements :
<input type="checkbox"/> 10 déplacements et plus <b>pour l'année en cours</b> <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Autre traitement ou test diagnostique (spécifier) :	Date du début des traitements (JJ/MM/AA)  Date prévue de la fin des traitements (JJ/MM/AA)
Nom du professionnel de la santé (majuscules SVP) :	Titre du professionnel de la santé :
Signature du professionnel de la santé (médecin, infirmière ou travailleur social seulement)	Téléphone :
	Courriel :
X J'atteste que les informations fournies ci-dessus sont exactes	

**CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ**

Pour être admissible à ce programme, vous devez présentement recevoir des traitements contre un cancer et répondre aux **critères de faible revenu** ci-dessous. Vous devez aussi nécessiter au moins **dix déplacements par année** en lien avec vos traitements et votre lieu de traitement doit se trouver à **moins de 200 km** de votre domicile. Les bénéficiaires du programme **d'aide sociale** ne sont pas admissibles à ce programme, car un programme gouvernemental leur est offert. **Une seule allocation est accordée par année.**

**SVP, cochez la case qui correspond à la situation financière actuelle de votre unité familiale. 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.

- Unité familiale d'une personne seule dont le revenu annuel brut (ligne 199 ou 150) est inférieur à 25 920 \$
- Une unité familiale de deux (2) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 32 270 \$
- Une unité familiale de trois (3) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 39 672 \$
- Une unité familiale de quatre (4) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 48 166 \$
- Une unité familiale de cinq (5) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 54 630 \$
- Une unité familiale de six (6) personnes dont le revenu annuel brut est inférieur à 61 612 \$
- Une unité familiale de sept (7) personnes ou plus dont le revenu annuel brut est inférieur à 68 598 \$
- Je suis prestataire de l'aide sociale (aide financière de dernier recours).

**DOCUMENTS À JOINDRE POUR QUE VOTRE DEMANDE SOIT COMPLÈTE**

Toute demande incomplète occasionnera des délais de traitement

- Ce formulaire de demande avec **toutes les cases remplies** et votre **signature** plus bas.
- Le plus récent **AVIS DE COTISATION** de l'Agence du revenu du Canada ou du Québec pour tous les membres de l'unité familiale de plus de 18 ans. (Téléphone de l'Agence du revenu du Canada : 1 800 959-7383)
- IMPORTANT:** Si votre situation financière a changé au cours de l'année, vous devez joindre une preuve de votre revenu actuel (document d'assurance-emploi, feuilles de paie des 3 derniers mois, un relevé bancaire ou tout autre document pertinent). L'absence de ces documents peut retarder le traitement de votre demande.
- Le **Formulaire d'inscription au dépôt direct** avec votre **signature** et un **chèque annulé**. Notez que le versement de cette allocation sera effectué par DÉPÔT DIRECT SEULEMENT pour une période indéterminée.

**SIGNATURE DU DEMANDEUR**

Je consens à ce que les informations que je fournis au Fonds pour le transport aux traitements soient utilisées pour mon inscription comme client au programme et pour communiquer avec moi concernant ma demande. La Société canadienne du cancer ne collecte les informations personnelles et médicales que pour évaluer votre admissibilité à son programme ou pour des fins statistiques et conserve vos informations de façon sécuritaire.

**Signature du demandeur : X**

Notez que, pour une période indéterminée, nous ne serons pas en mesure de traiter les demandes reçues par la poste.

**VEUILLEZ RETOURNER VOTRE DEMANDE PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR COURRIEL :**

Fonds pour le transport aux traitements / Société canadienne du cancer

Téléphone : 1 888 939-3333 / Télécopieur : 514 255-2808

Courriel : [aidefinanciere@quebec.cancer.ca](mailto:aidefinanciere@quebec.cancer.ca)



Société  
canadienne  
du cancer

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION DÉPÔT DIRECT

Dans le contexte de la propagation du coronavirus (COVID-19) et dans le but de limiter les contacts avec les personnes présentant un risque plus élevé (telle la clientèle que nous desservons), la Société canadienne du cancer n'émettra plus de chèque pour le paiement de l'aide financière au transport.

**Le versement de cette allocation est effectué par DÉPÔT DIRECT SEULEMENT.**

### Identification

Prénom	Nom de famille	
Adresse		
Ville	Province	Code postal

### Renseignements bancaires

Veillez joindre un chèque « ANNULÉ » (voir exemple ci-dessous) à ce formulaire. Ce chèque doit être lié au compte bancaire canadien dans lequel votre allocation d'aide financière sera versée. Seul un chèque annulé (ou une attestation de votre banque) sera accepté pour le dépôt direct.

Name / Nom P.O. Box / C.P. 000 City / Ville, Canada H0H 0H0	<b>Example / Exemple</b>	Cheque No. N° de chèque	0000000
Pay to the order of Payez à l'ordre de	<i>"Void"</i> <i>&lt;&lt;Null&gt;&gt;</i>	\$ _____	Dollars
_____		Signature	_____
*999   :999999999999: 999999999999			

### Consentement

Par la présente, j'autorise la Société canadienne du cancer (SCC) à effectuer un dépôt au compte identifié ci-joint et m'engage à notifier rapidement la SCC de tout changement à mes renseignements bancaires.

Signature du demandeur	Date
------------------------	------