Formulaire de demande du Fonds pour le transport aux traitements (Québec)

Aperçu

Nous savons qu'il peut être difficile de se rendre à vos rendez-vous pour vos traitements contre le cancer, surtout si vous avez aussi des problèmes physiques ou financiers ou si le lieu de traitement est loin de chez vous. Notre Fonds pour le transport aux traitements est une aide financière destinée à compenser les frais de transport pour se rendre à des traitements contre le cancer.

Si votre demande est approuvée, vous recevrez un paiement unique par année pendant votre traitement actif. Ce paiement vous est versé par transfert électronique de fonds (dépôt automatique) ou par chèque envoyé à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

Si vous avez des questions au sujet de ce processus ou des renseignements que vous devez fournir, téléphonez directement au **1-888 939-3333** ou envoyez un courriel à AideFinanciere@cancer.ca.

Nous sommes là pour vous aider.

Section 1 – Critères d'admissibilité

- Vous avez reçu un diagnostic de cancer et vous suivez actuellement (ou allez bientôt suivre) un traitement actif.
- Vous résidez à moins de 200 km (trajet simple) de votre lieu de traitement et vous aurez **au moins 10 rendez-vous en personne liés à vos traitements**.
- Si vous résidez à plus de 200 km (trajet simple) de votre lieu de traitement, vous pourriez bénéficier d'une aide financière du gouvernement du Québec. Consultez le site Web du Programme d'aide financière pour le déplacement des usagers
- Vous répondez aux critères de revenu du ménage énumérés à la section 4 de ce formulaire.
- Vous n'avez pas reçu d'aide financière du Fonds pour le transport aux traitements au cours des 12 derniers mois.
- Vous n'avez pas bénéficié d'une prise en charge des frais de déplacement liés à soins médicaux par un tiers.

Section 2 – Documents à envoyer

- Un formulaire de demande dûment signé et complété. Si vous ne remplissez pas toutes les sections requises, le traitement de votre demande sera retardé.
- La section 5 de ce formulaire remplie et signée par votre professionnel/professionnelle de la santé.
- Un formulaire d'inscription au dépôt direct dûment rempli et signé (page 6 du formulaire) **ainsi qu'un chèque annulé ou les informations fournies par votre institution financière relatives au dépôt direct si vous souhaitez que le montant soit déposé directement dans votre compte**. Si la section 7 de ce formulaire n'est pas remplie, le traitement de votre demande sera retardé.
- Si le dépôt automatique n'est pas possible ou n'est pas souhaité, nous vous ferons parvenir un chèque.
- Ne soumettez pas de documents de vérification des revenus (copies de relevés bancaires ou de déclarations d'impôts des années précédentes). **Ces informations ne sont pas nécessaires** et seront détruites si elles sont reçues.

Section 3 – Vos coordonnées

Prénom :	Nom de famille :	
Numéro de téléphone principal :	Autorisation de laisser un message vocal au numéro de téléphone principal ☐ Oui ☐ Non	
Numéro de téléphone secondaire :	Autorisation de laisser un message vocal au numéro de téléphone secondaire ☐ Oui ☐ Non	
Courriel :		
Adresse du domicile :		
Ville :	Province :	Code postal :
Adresse postale (si différente) *Inclure le numéro de casier postal/d'appartement/de suite/d'unité*		

Mode de paiement préféré : ☐ Chèque ☐ Virement bancaire

Section 4 – Revenu du ménage

Veuillez cocher la case qui correspond à la situation financière **actuelle** de votre ménage.

Remarque: Toute personne dépendante (de moins de 25 ans) vivant avec vous ne doit pas être pris en compte dans le revenu total du ménage.

- ☐ Une personne seule dont le revenu annuel brut est inférieur à 30 000 $.
- ☐ Une unité familiale de 2 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 37 000 $.
- ☐ Une unité familiale de 3 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 44 500 $.
- ☐ Une unité familiale de 4 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 53 500 $.
- ☐ Une unité familiale de 5 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 60 000 $.
- ☐ Une unité familiale de 6 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 67 500 $.
- ☐ Une unité familiale de 7 personnes ou plus dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 74 500 $.

Initiales de la personne atteinte ou de l'aidant/aidante _____

Veuillez ne pas soumettre de documents de vérification des revenus (copies de relevés bancaires/de déclarations de revenus des années précédentes). Ces informations ne sont pas nécessaires et seront détruites si elles sont reçues.

Section 5 – Information sur la santé de la personne atteinte

A remplir par tout membre de l'équipe soignante (assistant social, oncologue, infirmier)

(Si le trajet est inférieur à 200 km) Un minimum de 10 rendez-vous en personne liés aux traitements?

☐ Oui ☐ Non

Date du début des traitements : (JJ/MM/AAAA)

Date de fin des traitements, si connue : (JJ/MM/AAAA)

Lieux où sont donnés les traitements (nom de l'hôpital ou de la clinique) :

Divulgation de renseignements personnels

En cochant cette case, je confirme avoir obtenu le consentement de la personne atteinte afin de soumettre cette recommandation en son nom à la Société canadienne du cancer (SCC). Je reconnais avoir informé la personne atteinte que la SCC pourrait communiquer directement avec elle au sujet de cette demande.

Section 5 – Information sur la santé de la personne atteinte (suite)

J'ai expliqué à la personne atteinte le but de la divulgation des renseignements et avisé la personne atteinte que la SCC pourrait utiliser ces informations pour communiquer directement avec le fournisseur/la fournisseuse de soins de santé référent/référente. J'ai informé la personne atteinte que la SCC gardera toutes les informations confidentielles et ne les utilisera qu'aux fins décrites ci-dessous.

La personne atteinte doit être avisée que la SCC recueille des renseignements afin de gérer sa participation au programme, l'informer sur d'autres services et la contacter pour la tenir au courant de l'impact de ses actions, des moyens de soutenir la SCC ou de faire un don. La SCC peut également utiliser ses renseignements à des fins d'évaluation du programme et d'assurance qualité. Elle peut partager ses renseignements personnels avec des tierces parties, dont des fournisseurs de services, des consultants et des conseillers à l'extérieur de leur province ou territoire, ou du Canada, uniquement pour les fins indiquées ci-dessus, ou comme exigé par la loi.

La SCC peut la contacter par la poste, par courriel, par téléphone ou par message texte. La personne atteinte peut exercer son droit d'accéder à ses renseignements, demander des modifications, se désabonner des communications ou retirer son consentement en appelant au **1-888 939-3333** ou en envoyant un courriel à confidentialite@cancer.ca

☐ *Je confirme*

Nom du professionnel/de la professionnelle de la santé :

Titre du professionnel/de la professionnelle de la santé :

Numéro de téléphone du professionnel/de la professionnelle de la santé :

Courriel du professionnel/de la professionnelle de la santé :

Signature du professionnel/de la professionnelle de la santé :

X

J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Section 6 – Consentement et signature de la personne atteinte

À remplir par la personne atteinte ou son aidant/aidante.

Si la demande est envoyée par courriel :

Je comprends que les courriels ne sont pas un moyen de communication absolument sûr. Je consens à envoyer et à recevoir des communications par courriel qui comprennent des renseignements médicaux personnels et des renseignements bancaires.

□ *Oui* □ *Non* (La SCC peut communiquer avec vous uniquement par téléphone ou la poste)

Je reconnais que la Société canadienne du cancer n'est pas responsable de toute atteinte à ma vie privée qui pourrait survenir, qu'elle soit causée par moi-même ou par un tiers.

□ *Oui* □ *Non*

Nous recueillons vos renseignements personnels au moyen de ce formulaire et d'autres formulaires pour vous inscrire à notre programme et communiquer avec vous à propos de votre demande au Fonds pour le transport aux traitements. Les renseignements recueillis pourraient aussi être utilisés dans le cadre d'autres programmes et services de transport, d'hébergement et d'information de la SCC. Nous pouvons partager vos renseignements personnels avec des tierces parties, à l'intérieur ou à l'extérieur de votre province ou du Canada pour les fins indiquées ci-dessus, ou comme exigé par la loi.

À tout moment, vous avez le droit de retirer votre consentement à ce que nous utilisions ou communiquions vos renseignements. Nous pourrions vous contacter par la poste, par courriel, par téléphone ou par message texte. Vous pouvez exercer votre droit d'accéder à vos renseignements, de demander des modifications ou de vous désabonner des communications en appelant au **1 888 939-3333** ou en envoyant un courriel à AideFinanciere@cancer.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, visitez www.cancer.ca/politique

□ *Je consens*

PAR LA PRÉSENTE, J'ATTESTE que l'information fournie ci-dessus est correcte et actuelle.
Je comprends que l'information fournie dans cette demande sera vérifiée par le personnel de la Société canadienne du cancer et que des documents supplémentaires pourraient être demandés.

Signature : **X**	**Date :** (JJ/MM/AAAA)

Pour soumettre une demande **par courriel**, envoyez le formulaire dûment rempli à : AideFinanciere@cancer.ca

Pour soumettre une demande **par la poste**, envoyez le formulaire dûment rempli à l'adresse :

Société canadienne du cancer – À l'attention de : Fonds pour le transport aux traitements
5151, boulevard de l'Assomption
Montréal, QC H1T 4A9

Formulaire d'inscription au transfert électronique de fonds

***Facultatif** : veuillez remplir cette page et la joindre à votre demande si vous souhaitez que les fonds soient versés directement sur votre compte bancaire.*

Renseignements sur le/la bénéficiaire	
Nom complet :	**Numéro de téléphone :**
Adresse postale :	
Courriel : (facultatif)	

Renseignements sur l'institution financière	
Nom de l'institution financière :	**Nom complet du/de la titulaire du compte :**
Numéro de transit : (5 chiffres)	**Code de l'institution :** (3 chiffres)
Numéro de compte : (jusqu'à 12 chiffres)	

Autorisation du/de la bénéficiaire	
J'autorise la Société canadienne du cancer à effectuer un dépôt par transfert électronique de fonds dans le compte de l'institution financière désigné sur ce formulaire.	
Signature : (Veuillez taper votre nom complet si vous signez électroniquement.) **X**	**Date :** (JJ/MM/AAAA)

La Société canadienne du cancer vous fera parvenir votre paiement par voie électronique et vous fournira un relevé de paiement électronique selon les renseignements fournis. Il est important que vous communiquiez à la SCC toute modification à vos coordonnées ou à vos renseignements bancaires pour que le paiement soit effectué rapidement dans le bon compte.

EN PLUS DE REMPLIR CETTE PAGE, VEUILLEZ ÉGALEMENT JOINDRE À CE FORMULAIRE DE DEMANDE UN CHÈQUE BLANC OU UN FORMULAIRE DE VERSEMENT AUTOMATIQUE (ÉMIS PAR VOTRE BANQUE)