

Date de réception de la demande :
Nom :

**PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE
FONDATION DU CANCER DU SEIN DU QUÉBEC**

FORMULAIRE DE DEMANDE

A. OBJECTIF DU PROGRAMME

Le programme d'aide financière de la Fondation du cancer du sein du Québec constitue un **fond de dépannage temporaire**. Il est destiné aux personnes atteintes de cancer du sein vivant une diminution de revenus ou une augmentation des dépenses, due au cancer du sein.

B. SUIS-JE ADMISSIBLE AU PROGRAMME?

- Je suis citoyenne canadienne ou résidente permanente et je réside dans la province du Québec;
- J'ai reçu un diagnostic de cancer du sein;
- Je suis actuellement (ou en attente de) traitements de chimiothérapie, radiothérapie ou chirurgie ou dans une période de convalescence post-traitements (jusqu'à 3 ans);
- Je rencontre les critères d'éligibilité suivants en lien avec mon statut financier:

	Situation familiale	
	Célibataire/ Monoparentale :	Couple :
Revenu annuel brut (après diagnostic)	30 000 \$ et moins	50 000\$ et moins
	+ 1 enfant à charge* : 36 000\$	+ 1 enfant à charge* : 56 000\$
	+ 2 enfants à charge : 42 000\$	+ 2 enfants à charge : 62 000\$
	+ 3 enfants à charge : 48 000\$	+ 3 enfants à charge : 68 000\$
*L'enfant à charge doit avoir moins de 18 ans		

C. MONTANTS ADMISSIBLES À UNE DEMANDE

Suite à l'évaluation de votre dossier et de votre situation financière, vous pourriez être admissible à :

Un maximum de :

- 500 \$/ demande d'aide financière
- 3 demandes /période de 12 mois
- 10 000\$ à vie

Toutes les dépenses ayant eu lieu avant le diagnostic OU
il y a plus de 6 mois au moment de la demande **ne seront pas prises en considération.**



Les sommes versées devront respecter les limites du budget alloué pour ce programme annuellement.

Le genre féminin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

D. TYPE DE DÉPENSES ADMISSIBLES

1 Dépenses de la vie courante (épicerie, loyer, etc.) : 500 \$

Admissible si :

- Mon revenu familial subit une diminution significative causée par le cancer du sein (ex. : arrêt de travail, diminution importante des heures de travail)
- Et je suis :
 - actuellement en traitements OU
 - dans l'année post-traitements de chimiothérapie/ radiothérapie OU
 - dans les 6 mois post-mastectomie ou reconstruction par lambeaux (3 mois si reconstruction par implant).

OU

2 Dépenses liées au cancer du sein ou à ses effets secondaires (ex. : frais de transport, prothèse mammaire / capillaire, traitement lymphœdème, etc.) : Montant variable

Admissible si :

- Je suis :
 - actuellement en traitements OU
 - dans l'année post-traitements de chimiothérapie/ radiothérapie (certaines dépenses sont admissibles jusqu'à 3 ans après la fin des traitements OU
 - dans les 6 mois post-chirurgie (mastectomie/ reconstruction par lambeaux (3 mois si reconstruction par implant)

E. DÉLAI DE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE

Une fois le dossier complet, vous serez avisée à l'intérieur d'un délai approximatif de 4 semaines de la décision rendue, accompagnée, si tel est le cas, des fonds accordés par chèque. Si des documents sont manquants à votre demande, la Fondation vous en avisera le plus rapidement possible.

POUR FAIRE UNE DEUXIÈME DEMANDE

- Un délai minimal de 3 mois doit séparer chacune des demandes.
- Chaque demande doit d'abord avoir été reçue de façon complète, traitée et conclue.

F. CONFIDENTIALITÉ

Toutes les informations personnelles transmises à la Fondation du cancer du sein du Québec sont traitées de façon confidentielle et sont protégées sous la *Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada*.

G. POUR VOUS AIDER À REMPLIR VOTRE DEMANDE

Contactez :

- L'intervenant social en oncologie de votre hôpital ou votre infirmière pivot
- L'Agente au Programme d'aide financière de la Fondation du cancer du sein du Québec :
1 877 990-7171, poste 245 / aidefinanciere@rubanrose.org

H. POUR SOUMETTRE VOTRE DEMANDE

Envoyez votre demande, accompagnée de l'ensemble des documents demandés:

- **par courriel:** aidefinanciere@rubanrose.org
- **par télécopie** au : 514.871.9797
- **par la poste** en courrier régulier à : **Fondation du cancer du sein du Québec**
Programme d'aide financière
279 rue Sherbrooke Ouest, bureau 305
Montréal, Québec H2X 1Y1



SECTION 1. INFORMATIONS PERSONNELLES

EST-CE VOTRE PREMIÈRE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AUPRÈS DE LA FONDATION DU
CANCER DU SEIN DU QUÉBEC ? OUI NON

COMMENT AVEZ-VOUS PRIS CONNAISSANCE DE CE PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE?

- Notre site internet Votre infirmière/Travailleuse sociale Un dépliant de la
Fondation
- Un proche Le service de soutien et d'information de la Fondation
- Un autre organisme communautaire Autre

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse: _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : Québec

Code Postal : _____ Courriel : _____

Tél. domicile : (_____) _____ Tél. cellulaire : (_____) _____

1.1 Statut au Canada :

Êtes-vous citoyen(ne) canadien(ne) ou résident(e) permanent(e) du Canada?

OUI NON

1.2 État civil

Mariée Conjointe de fait Veuve Célibataire Divorcée/Séparée

1.3 Personnes à charge

- Nombre de personnes à charge de moins de 18 ans : _____
- Âge des personnes à charge : _____

SECTION 2. VOTRE SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE



Remplir cette section uniquement s'il s'agit d'une première demande ou si votre situation a changé depuis votre dernière demande

2.1 Cochez toutes les sources actuelles de revenus (pour vous et votre conjoint) :

SOURCES ACTUELLES DE REVENUS	VOUS	VOTRE CONJOINT
Revenu d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance salaire, invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rente invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension vieillesse/ retraite	<input type="checkbox"/> Retraitée depuis : _____	<input type="checkbox"/>
Aide sociale	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire depuis: _____ Avez-vous reçu de l'aide financière d'une autre organisation communautaire au cours des 12 derniers mois? Oui Non	<input type="checkbox"/>
Autres, Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Occupez-vous un emploi?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> EN ARRÊT DE TRAVAIL	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	Date du dernier jour d'emploi : _____	Date du dernier jour d'emploi : _____
Titre de l'emploi actuel :	Titre de l'emploi : _____	Titre du dernier emploi : _____
Êtes-vous travailleuse autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Raison du départ : _____ Retour au travail prévu le : _____	Raison du départ : _____

PRESTATAIRE D'AIDE SOCIALE :

Si vous êtes prestataire d'aide sociale, nous vous encourageons à présenter une demande en lien avec les dépenses directement reliées au cancer du sein (voir tableau précédent) **qui ne sont pas couvertes par la RAMQ ou par l'aide sociale** afin que vos prestations ne soient pas impactées. Si vous bénéficiez de l'aide sociale suite à votre diagnostic, merci de nous contacter avant de remplir le formulaire.

SECTION 3. VOTRE SITUATION MÉDICALE ACTUELLE



Remplir uniquement s'il s'agit d'une première demande ou si votre situation a changé depuis votre dernière demande

*****OBLIGATOIRE*****

LES SECTIONS 3.1, 3.2 et 3.3 DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES ET SIGNÉES PAR VOTRE ONCOLOGUE, INFIRMIÈRE PIVOT OU TRAVAILLEUSE SOCIALE

NOM ET PRÉNOM DU PROFESSIONNEL : _____ TITRE : _____

ÉTABLISSEMENT : _____ DATE : _____

TÉLÉPHONE: _____ POSTE.: _____ COURRIEL : _____

SIGNATURE : _____

3.1 Diagnostic

a) Date du diagnostic de cancer du sein: _____ Stade actuel : 0 1 2 3 4

b) Si métastases : Os Cerveau Foie Poumon Ganglions Autres

(précisez : _____)

c) Si récurrence, date de la récurrence : _____

3.2 Traitements

TRAITEMENT(S) REÇU(S) OU EN COURS	DATES	LIEU DU TRAITEMENT
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Actuellement en traitement Date de début : _____ <input type="checkbox"/> Traitements terminés Date de fin : _____	_____ _____
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Actuellement en traitement Date de début : _____ <input type="checkbox"/> Traitements terminés Date de fin : _____	_____ _____
<input type="checkbox"/> Chirurgie: <input type="checkbox"/> Mastectomie partielle <input type="checkbox"/> Mastectomie complète <input type="checkbox"/> Reconstruction mammaire <input type="checkbox"/> Par lambeau <input type="checkbox"/> Par implant	Date : _____ Date : _____	_____ _____
<input type="checkbox"/> Soins en lien avec le lymphoedème	Date : _____ Fréquence prévue: _____	

3.3 Arrêt de travail

Date de l'arrêt de travail (si applicable) : _____

Durée de l'arrêt prévue: _____

SECTION 4. REMBOURSEMENT DE DÉPENSES DEMANDÉ

Je demande un remboursement:

- DE 500 \$ POUR LES DÉPENSES DE LA VIE COURANTE (EX. : ÉPICERIE, LOYER)

Joindre :

OU

- ✓ Vos preuves de revenus actuels et celles de votre conjoint(e) (tel qu'indiqué à la section 2.1 du formulaire)

- POUR LES DÉPENSES RELIÉES AU CANCER DU SEIN OU À SES EFFETS SECONDAIRES (ex. : prothèse mammaire, transport médical, etc.)

Joindre :

- ✓ Copie des reçus ou autres pièces justificatives en fonction du type de dépense
✓ Complétez le tableau suivant :

Tableau Dépenses reliées au cancer du sein ou à ses effets secondaires

DÉPENSES ADMISSIBLES DURANT LA PÉRIODE DES TRAITEMENTS ET LA CONVALESCENCE	JUSTIFICATIFS À JOINDRE
<input type="checkbox"/> Frais de transport	<input type="checkbox"/> Remplir l'annexe 1
<input type="checkbox"/> Stationnement	<input type="checkbox"/> Copie des reçus
<input type="checkbox"/> Repas à la cafétéria du lieu de traitement	<input type="checkbox"/> Copie des reçus
<input type="checkbox"/> Hébergement durant les traitements	<input type="checkbox"/> Copie des reçus
<input type="checkbox"/> Aide médicale/ménagère à domicile (max.: 10\$/heure)	<input type="checkbox"/> Copie des reçus
<input type="checkbox"/> Prothèse capillaire, chapeau, foulard (max : 100\$ pour l'ensemble de ces items en 12 mois)	<input type="checkbox"/> Copie des reçus
<input type="checkbox"/> Massothérapie en oncologie (max: 5 séances; max: 65\$/ séance)	<input type="checkbox"/> Copie des reçus
DÉPENSES ADMISSIBLES JUSQU'À 3 ANS APRÈS LA FIN DES TRAITEMENTS ACTIFS	JUSTIFICATIFS À JOINDRE
<input type="checkbox"/> Médicaments associés au cancer du sein ou à un effet secondaire, non couverts par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ), les assurances collectives ou privées	<input type="checkbox"/> Copie des reçus détaillés de pharmacie
<input type="checkbox"/> Prothèse mammaire (max : 350\$ / 12 mois)	<input type="checkbox"/> Copie de la facture payée
<input type="checkbox"/> Lingerie spécialisée (max : 2 soutiens-gorge / 12 mois; max : 80 \$/item)	<input type="checkbox"/> Copie du remboursement de la RAMQ s'il y a lieu

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Traitement du lymphoedème associé au cancer du sein <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Physiothérapie, massage, drainage lymphatique
<i>(max: 20 traitements; max: 65\$ / traitement)</i> <input type="checkbox"/> Vêtements de compression
<i>(max: 400\$ / période de 12 mois)</i> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Billet médical attestant le lien entre le lymphoedème et le cancer du sein <input type="checkbox"/> Copie des reçus officiels <input type="checkbox"/> Copie du remboursement effectué par la RAMQ pour les vêtements de compression |
|---|---|

SECTION 5. DOCUMENTS OBLIGATOIRES À JOINDRE

S'IL S'AGIT D'UNE PREMIÈRE DEMANDE

- Votre avis de cotisation provincial ou fédéral de la dernière année fiscale **ET** celui de l'année qui précède le diagnostic de cancer du sein (si différent)
 - i. *Ce document vous est envoyé par le gouvernement après avoir complété votre déclaration d'impôts, confirmant que celle-ci a été produite;*
 - ii. *La soumission d'un T4 ou de la déclaration de revenus n'est pas acceptée.*
- L'avis de cotisation provincial ou fédéral de votre conjoint(e) de la dernière année fiscale (et celui de l'année qui précède le diagnostic de cancer du sein (si différent))



LORS DE CHAQUE DEMANDE

Si votre demande est en lien avec :

- 1 des dépenses de la vie courante** (épicerie, loyer)
L'ensemble de vos preuves de revenus actuels et de celles de votre conjoint(e), s'il y a lieu (tel qu'indiqué à la section 2.1 du formulaire)
- 2 des dépenses reliées au cancer du sein ou à ses effets secondaires**
L'ensemble des reçus détaillés des dépenses qui font l'objet de la présente demande d'aide.

SECTION 6. SIGNATURE OBLIGATOIRE

J'atteste que les informations ci-dessus sont exactes et complètes. Je reconnais que ce document, son contenu et les informations jointes servent exclusivement à la création de mon dossier afin que la Fondation du cancer du sein du Québec puisse me venir en aide financièrement.

Je suis consciente que les demandes d'aide financière frauduleuses pourraient entraîner une poursuite judiciaire.

En guise de vérifications, j'autorise la Fondation du cancer du sein du Québec à discuter de mon dossier avec les membres de mon équipe médicale.

SIGNATURE OBLIGATOIRE : _____

DATE : _____



ANNEXE 1 – DEMANDE DE REMBOURSEMENT – FRAIS RELIÉS AU TRANSPORT MÉDICAL

POUR DES RENDEZ-VOUS MÉDICAUX RÉCURRENTS/ TRAITEMENTS RELIÉS AU CANCER DU SEIN

Transport admissible : du lieu du domicile au lieu de traitement (aller-retour)

- ✓ En voiture : 0.15\$ / km
- ✓ En transport en commun (*besoin des reçus officiels*)
- ✓ Avec accompagnement par un bénévole (*besoin des reçus officiels détaillés*)
- ✓ Taxi (en cas de nécessité seulement). La moitié des frais pourrait être remboursée (*besoin des reçus officiels*)

**Au-delà de 200 KM de votre lieu de traitement, vous devez vous référer à la politique de déplacement des usagers de votre région en demandant des informations auprès de votre CISSS. Un programme est déjà en place pour vous aider avec ce type de dépenses.

Dates	Raison du déplacement	Lieu exact du déplacement (<u>nom et adresse</u>)	Moyen de transport utilisé

* N'hésitez pas à utiliser des pages supplémentaires au besoin.

