

1- INFORMATIONS PERSONNELLES		
Prénom		Nom de famille
Date de naissance (JJ/MM/AA)		Courriel
Téléphone (domicile)		Téléphone (cellulaire)
Adresse		Appartement
Ville	Province Québec	Code postal
<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Veuve (Veuf) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) / Séparé(e)		
Nombre d'enfants à charge de moins de 18 ans :		
Quelles sont vos sources de revenus ? <input type="checkbox"/> Revenus d'emploi <input type="checkbox"/> Assurance salaire/assurance-emploi/invalidité <input type="checkbox"/> Revenus de retraite <input type="checkbox"/> Prestations d'aide sociale <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		
IMPORTANT : Veuillez signer ce formulaire au verso!		

2- INFORMATIONS MÉDICALES		
<i>**Cette section doit être complétée par votre professionnel de la santé (médecin, infirmière, travailleur social)**</i>		
Date du diagnostic de cancer du sein (MM/AA)		Si récidive, date (MM/AA)
<input type="checkbox"/> Stade 0 <input type="checkbox"/> Stade 1 <input type="checkbox"/> Stade 2 <input type="checkbox"/> Stade 3 <input type="checkbox"/> Stade 4 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		
Dernier traitement reçu : <input type="checkbox"/> Mastectomie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie/Immunothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Autres : _____	Date de début du traitement (JJ/MM/AA) :	Date de fin du traitement (JJ/MM/AA) :
Date de l'arrêt de travail (JJ/MM/AA) (si applicable : <u>Obligatoire</u>)		Date de retour au travail prévue (JJ/MM/AA) (si applicable : <u>Obligatoire</u>)
Nom du professionnel de la santé		Titre
Centre hospitalier	Téléphone	Courriel
Signature du professionnel de la santé (attestant de l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus)		Date (JJ/MM/AA)

3- CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Pour que votre demande d'aide financière puisse être considérée :

- Votre revenu annuel familial brut, estimé pour l'année en cours, doit être inférieur aux plafonds suivants, selon votre situation :

<input type="checkbox"/> Personne seule (26 000\$)	<input type="checkbox"/> En couple (35 000\$)
<input type="checkbox"/> + 1 enfant à charge* (32 000\$)	<input type="checkbox"/> + 1 enfant à charge* (41 000\$)
<input type="checkbox"/> + 2 enfants à charge* (38 000\$)	<input type="checkbox"/> + 2 enfants à charge* (47 000\$)
<input type="checkbox"/> + 3 enfants à charge* (44 000\$)	<input type="checkbox"/> + 3 enfants à charge* (53 000\$)

**L'enfant à charge doit être âgé de moins de 18 ans*

- Vous devez être actuellement en traitements **OU** jusqu'à un an post-traitements (mastectomie, chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie ou autre*).

**Non admissible : hormonothérapie, chirurgies de reconstruction*

4- DOCUMENTS À JOINDRE

Si vous répondez aux critères d'admissibilité, veuillez joindre les documents suivants au formulaire :

- Avis de cotisation provincial de la dernière année fiscale (la page avec le détail des calculs)
- Avis de cotisation provincial de la dernière année fiscale de votre conjoint(e) (si applicable) (la page avec le détail des calculs)
- Seulement si vous êtes en arrêt de travail : Une preuve que vous aviez des revenus d'emploi dans l'année précédant le diagnostic de cancer du sein (ex. votre dernier relevé de paie, une preuve récente d'assurance salaire/invalidité ou d'assurance emploi)

**Au besoin, d'autres documents pourraient vous être demandés.*

5- SIGNATURE

J'atteste que les informations ci-dessus sont exactes et complètes. Les données anonymisées serviront à des fins statistiques. En guise de vérification, j'autorise la *Fondation cancer du sein du Québec* à discuter de mon dossier avec les membres de mon équipe médicale. Je comprends que la *Fondation cancer du sein du Québec* se réserve le droit de refuser toute demande pour un motif qu'elle juge raisonnable, que les sommes versées devront respecter les limites du budget alloué annuellement pour ce programme et que les montants octroyés et les critères d'admissibilité peuvent changer sans préavis.

Signature

Date (JJ/MM/AA)

À titre informatif, les personnes admissibles au programme d'aide financière pourraient recevoir un montant pouvant aller jusqu'à:

- 1000\$ / demande, pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein métastatique (stade 4)
- 750 \$ / demande, pour les personnes en arrêt de travail en raison du cancer du sein (stade 0-3), et âgées de moins de 65 ans
- 250 \$ / demande pour tous les autres types de dépenses

Un délai minimal de 6 mois doit séparer chaque demande.

Veuillez envoyer votre demande (accompagnée de l'ensemble des documents demandés) par courrier ou courriel :

Fondation cancer du sein du Québec - Programme d'aide financière
279 rue Sherbrooke Ouest, bureau 305, Montréal (Québec) H2X 1Y1
téléphone : 1 877 990-7171 #245
aidefinanciere@rubanrose.org