

1- INFORMATIONS PERSONNELLES				
Prénom		Nom de famille		
Date de naissance (JJ/MM/AA)		Courriel		
Téléphone (domicile)		Téléphone (cellulaire)		
Adresse		Appartement		
Ville	Province <b>Québec</b>		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 <b>de moins de 18 ans</b> :				
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 : _____				
<b>IMPORTANT : Veuillez signer ce formulaire au verso!</b>				

2- INFORMATIONS MÉDICALES				
<b>**Cette section doit être complétée par votre professionnel(le) de la santé**</b> (Idéalement votre infirmier(-ière) ou travailleur(-euse) sociale)				
Date du diagnostic de <b>cancer du sein</b> (MM/AA)			Si récurrence, 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 :		Date de début du traitement (JJ/MM/AA) :	Date de fin du traitement (JJ/MM/AA) :	
<input type="checkbox"/> Mastectomie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie/Immunothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Autres : _____				
Date de l'arrêt de travail (JJ/MM/AA) (si applicable : Obligatoire)			Date de retour au travail prévue (JJ/MM/AA) (si applicable : Obligatoire)	
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	30 000\$	<input type="checkbox"/> En couple	40 000\$
<input type="checkbox"/> + 1 enfant à charge*	36 000\$	<input type="checkbox"/> + 1 enfant à charge*	46 000\$
<input type="checkbox"/> + 2 enfants à charge*	42 000\$	<input type="checkbox"/> + 2 enfants à charge*	52 000\$
<input type="checkbox"/> + 3 enfants à charge*	48 000\$	<input type="checkbox"/> + 3 enfants à charge	58 000\$

*\*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 :

- Une copie de votre avis de cotisation provincial de la dernière année fiscale (la page avec le détail des calculs)
- Une copie de l'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:

- 1250 \$ / demande pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein métastatique (stade 4)
- 1000 \$ / demande pour les personnes en arrêt de travail en raison du cancer du sein (stade 0-3), ET âgées de moins de 65 ans
- 275 \$ / demande pour toutes les autres

**Un délai minimal de 6 mois doit séparer chaque demande**

(un courriel de rappel est envoyé aux personnes qui indiquent clairement leur courriel dans la section 1)

Veuillez envoyer votre demande (accompagnée de l'ensemble des documents demandés) par la poste ou par 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