

<b>1- INFORMATIONS PERSONNELLES</b>				
Prénom		Nom de famille		
Date de naissance (JJ/MM/AA)		Courriel (*bien lire la section 5 – Consentement et signature*)		
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"/> Revenus de retraite		
<input type="checkbox"/> Assurance salaire/assurance-emploi/invalidité		<input type="checkbox"/> Prestations d'aide sociale		
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____				
<b>IMPORTANT : Veuillez joindre les documents nécessaires et signer la section 5</b>				

<b>2- INFORMATIONS MÉDICALES</b>				
<b>**Cette section doit être complétée par un(e) professionnel(le) de la santé**</b> Idéalement votre infirmier(-ière) ou travailleur(-euse) social(e)				
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 <input type="checkbox"/> 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	
<b>Signature du professionnel de la santé</b> (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 au plafond suivant (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 actifs **OU** jusqu'à un an post-traitements actifs (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 :

- Un spécimen de chèque à votre nom, ou un chèque à votre nom avec mention ANNULÉ
- 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- CONSENTEMENT ET 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 le budget disponible pour le programme d'aide financière est révisé chaque année, tout comme les critères d'admissibilité qui sont alors ajustés en fonction de celui-ci.

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, outre annuellement, changer sans préavis.

En vertu de la Loi 25, je consens à ce que la *Fondation cancer du sein du Québec* conserve mes informations personnelles dans sa base de données sécurisée ici au Québec. Suivant sa politique de confidentialité, la Fondation pourra utiliser ces renseignements (prénom, nom, adresse, courriel et numéro de téléphone) afin de m'envoyer de l'information et de la sollicitation relatives au cancer du sein.

J'accepte de recevoir et d'envoyer des communications électroniques, en étant conscient(e) que les échanges par ce moyen (par exemple, l'envoi de ma demande ou de mes documents) ne sont pas entièrement sécurisés.

Je renonce à toute réclamation contre la *Fondation cancer du sein du Québec* pour atteinte à la vie privée.

J'autorise la *Fondation cancer du sein du Québec* à procéder au dépôt direct selon les informations transmises via le spécimen de chèque à mon nom (ou le chèque à mon nom portant la mention ANNULÉ).

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)
- 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
- 200 \$ / demande pour les autres personnes admissibles

**Un délai minimal de 12 mois doit séparer chaque demande**

Tel qu'indiqué dans la section 4, vous devez joindre à votre demande un spécimen de chèque à votre nom, ou un chèque à votre nom avec mention ANNULÉ.

Le paiement se fait par dépôt direct.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter votre demande, ou pour toutes questions relatives au programme d'aide financière, n'hésitez pas à contacter :

Isabelle  
Coordonnatrice, Programme d'aide financière  
isarrazin@rubanrose.org  
Téléphone : 1 877 990-7171 #245

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**  
1115 rue Laurier Ouest, Montréal (Québec) H2V 2L3  
aidefinanciere@rubanrose.org