



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

**Veillez utiliser ce formulaire révisé en 2018; les formulaires antécédents seront retournés
Ceci DOIT être complété intégralement (5 pages) et TOUS les documents inclus**

PARLEZ NOUS DE VOUS

Est-ce votre première demande? OUI NON

Prénom: _____ Nom de Famille: _____

Adresse: _____ # Apt: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postale: _____

Adresse Courriel: _____

Tel. domicile # _____ Portable/Travail _____

Citoyen Canadien: OUI NON Résident Permanent: OUI NON Si oui, depuis quand _____

Si OUI, avez-vous été sponsorisé OUI NON

Statut: _____ Nombre de dépendants et âges: _____

Nombre de personnes vivant à cette adresse (y compris dépendants & non-dépendants): _____

Lien avec vous: _____

AIDEZ-NOUS À COMPRENDRE VOTRE DIAGNOSTIQUE

Date du diagnostique du cancer du sein: _____ Type: Canalaire Infiltrant

Stade: 1 2 3 4 (métastases?: _____)

Traitement(s) reçu, courant, à venir	Date (de - à)	Nom du centre

Si vous avez besoin de plus de place veuillez utiliser une feuille supplémentaire et l'attacher à votre demande.
SVP libeller cette feuille avec le nom du paragraphe que vous complétez.

Êtes-vous toujours en traitement de chimiothérapie/radiothérapie? OUI NON

Êtes-vous en traitement pour effets secondaires (lymphœdème, etc.)? OUI NON

VOTRE ÉQUIPE MÉDICALE

Docteur de famille: _____ Tél: _____ poste

Oncologue: _____ Tél: _____ poste

Infirmière Pivot: _____ Tél: _____ poste

Travailleuse sociale: _____ Tél: _____ poste

La confirmation de votre diagnostic et l'information concernant les traitements reçus, en cours ou à venir doit être fournis par votre équipe médicale sur papier à entête du centre de traitement. Ce document doit être joint à la présente demande.

AIDEZ-NOUS À COMPRENDRE VOTRE SITUATION FINANCIÈRE

Recevez-vous de l'aide financière du gouvernement ou d'autres institutions? OUI NON

Si OUI, précisez son origine: _____ et le montant: \$ _____

Travaillez-vous présentement? OUI Emploi actuel: _____

Temps plein

Mi-Temps

NON Si NON, date du dernier jour d'emploi: _____

Type d'emploi: _____

Revenus Mensuels du Domicile - Brut	Origine	Vous-même	Conjoint/Partenaire	Enfant(s)	Autre Personne
Salaire		\$	\$	\$	\$
Revenus Assurance		\$	\$	\$	\$
Aide Sociale		\$	\$	\$	\$
Rente Invalidité		\$	\$	\$	\$
Allocations Enfant(s)		\$	\$	\$	\$
Soutien pour enfant(s)		\$	\$	\$	\$
Pension Retraite		\$	\$	\$	\$
Revenu de location		\$	\$	\$	\$
Crédit Taxes		\$	\$	\$	\$
Autre (précisez)		\$	\$	\$	\$
Autre (précisez)		\$	\$	\$	\$
Totale par personne		\$	\$	\$	\$
Revenu Totale		\$	\$	\$	\$

Vos dépenses mensuelles:		\$
	Hypothèque / Loyer	\$
	Épicerie / Nourriture	\$
	Câble / TV / Tél / Internet	\$
	Charges (hydro/eau/gaz/chauffage)	\$
	Paieement auto / emprunt	\$
	Assurance	\$
	Argent envoyé à l'étranger afin d'aider votre famille dans un autre pays	\$
	Autre (précisez)	\$

Revenus brut _____ \$ Dépenses _____ \$ Différence _____ \$

DITES-NOUS COMMENT LA “FONDATION KELLY SHIRES” PEUT VOUS AIDER?

Notre objectif est de vous aider financièrement afin que vous puissiez vous concentrer sur votre convalescence.

Note: Votre demande DOIT obligatoirement inclure une dépense liée à votre traitement médicale. (L'alcool, les boissons gazeuses, les consignes, les magazines, loterie, la nourriture animaux et les sacs plastiques seront exclus). SVP assurez-vous de déduire ces items du total de vos reçus.

Vos dépenses liées au traitement de votre cancer du sein

Type de dépense (svp, précisez)	Montant	Reçus à inclure	Inclus
Médicaments (uniquement pour demandeur)	\$	Reçu original de la pharmacie (au nom du malade)	
dépenses médicales (précisez) (uniquement pour demandeur)	\$	Reçu(s) original	
Prothèse, soutien-gorge, perruque, manchon	\$	Reçu(s) original	
Dépenses déplacement(s) (essence, bus, taxi, etc.) (plafonné à 300\$)	\$	Reçu(s) original ET copie des rendez-vous médicaux	
Stationnement, logement et frais de repas les jours de traitement (svp précisez)	\$	Reçu(s) original ET copie des rendez-vous médicaux	

Vos autres dépenses

Hypothèque ou loyer (plafonné à 700\$)	\$	Copie du bail en cours ou preuve du montant mensuel d'hypothèque	
Avez-vous une assurance hypothécaire? ____			
Épicerie (plafonné à 400\$)	\$	Reçus originaux	
Hydro, gaz, eau, chauffage (plafonné à 300\$)	\$	Copie de la facture	
Téléphone (plafonné à 50\$)	\$	Copie de la facture	
Autre (précisez SVP)	\$	Reçu original ou copie de la facture	
Autre (précisez SVP)	\$	Reçu original ou copie de la facture	
Autre (précisez SVP)	\$	Reçu original ou copie de la facture	

Montant total demandé: _____ \$

Note: Le montant maximum que nous pouvons allouer par demande est de 1,000\$. Le surplus NE SERA PAS reporté sur une prochaine demande (certaines exceptions sont admissibles). **LES REÇUS ORIGINAUX**

DOIVENT ÊTRE INCLUS et ne peuvent être daté de plus de 12 mois de votre demande.

Si vous ne soumettez pas une dépense liée à votre cancer, la demande pourrait être refusé

AUTOGRAPHE

(La/le demandeur doit signer cette demande et nous autoriser à accéder leur rapport médicale si besoin est)

J'ai lu et ai compris le mode de procédure indiqué dans le document des "critères". J'atteste que les informations ci-dessus sont véridiques. Je reconnais que les informations et les documents inclus dans ce dossier sont réservés exclusivement à la Fondation Kelly Shires afin de m'aider financièrement.

Signature du/de la patient(e)

Date de la demande

Important: Toute information fausse, frauduleuse ou falsifiée verra la demande d'aide financière refusée. Si la/le demandeur se voit refuser la demande pour les raisons citées ci-dessus, aucune autre demande ne sera acceptée pendant l'année en cours.

AIDEZ-NOUS À AIDER LES AUTRES

Comment avez-vous entendu parler de notre fondation? _____

Commentaires ou suggestions? _____

**Kelly Shires Breast Cancer Foundation
B.P. 155
Collingwood, Ontario L9Y 3Z5**

Téléphone: 705-528-1053

Sans Frais: 1-877-436-6467

Attention: nos bénévoles ne parlent pas français

Courriel: info@breastcancersnowrun.org

www.kellyshiresfoundation.org

www.breastcancersnowrun.org

“AIDE FINANCIÈRE AUX PATIENTS DE CANCER DU SEIN”

POUR QUE VOTRE DEMANDE SOIT ADMISSIBLE À LA PRÉSENTATION AU COMITÉ D'APPROBATION, VEUILLEZ NOTER QUE LES CINQ (5) PAGES DE CETTE DEMANDE DOIVENT ÊTRE DUMENT REMPLIES ET ENVOYÉES UNIQUEMENT PAR COURRIER (SVP PAS DE DEMANDE PAR TÉLÉCOPIEUR)

Veillez lire ATTENTIVEMENT

Liste de documents à joindre à votre demande

Nous comprenons que la vie n'est pas toujours facile et nous souhaitons vous faciliter la procédure de cette demande, surtout lors de votre 1^e demande. Il est important de comprendre que les documents demandés ci-dessous sont **OBLIGATOIRES** afin de présenter la demande au comité. Il est important de savoir qu'une demande incomplète ne sera pas soumise au comité d'approbation tant que TOUS les documents ne soient joints à la dite demande.

Une demande incomplète sera retournée au demandeur afin de la compléter

Afin d'établir vos besoins financiers, les demandeurs **DOIVENT**:

- ✓ Soumettre la déclaration de revenus la plus récente (le comité se réserve le droit de vous demander des déclarations antérieures). Si vous avez égaré votre déclaration, vous pouvez en faire la demande en appelant le 1-800-959-7383
- ✓ Vos reçus **DOIVENT** être soumis pour les montants demandés en remboursement (les originaux uniquement, qui doivent être regroupés par catégorie et **SANS ÊTRE** surlignés).
- ✓ Une copie de preuve de citoyenneté/résident(e) permanent(e) **DOIT** accompagner votre première demande.
- ✓ Une demande souhaitant de l'aide financière pour le loyer ou l'hypothèque **DOIT** soumettre les documents pertinents (bail ou relevé de versement de l'hypothèque à votre nom)
- ✓ **CHAQUE** demande doit avoir au moins un chose lié directement au cancer du sein/ses traitements.

L'information personnelle est protégée par la loi Canadienne de Privauté.

(Veillez noter que s'il manque un/des document(s) à votre demande, cela va retarder l'aide financière que nous pourrions vous apporter).

LES DOCUMENTS SUIVANT DOIVENT ÊTRE JOINTS À VOTRE DEMANDE :

Documents à inclure (utilisez ce tableau comme aide-mémoire; une fois le document joint à votre demande, marquez d'une croix la case appropriée)	Pour la 1^e demande	Pour une autre demande la même année	Pour une autre demande l'année suivante
Document officiel du centre de soins attestant le diagnostique, les traitements reçus, en cours et/ou à venir		Non requis	
Copie de la déclaration de revenus en cours pour vous, votre conjoint, ou parent vivant avec vous (enfant de + de 18 ans, parent, etc.)		Non requis	
Copie de l' Avis de cotisation Revenu Québec ou Revenu Fédéral pour vous, votre conjoint, ou parent vivant avec vous		Non requis	
Preuve de nationalité canadienne ou résident(e) permanent(e) ou certificat de naissance/baptistaire canadien ou passeport (COPIE)		Non requis	Non requis
Preuve d'autres ressources/revenus (allocation, pension, rente, etc.)		Non requis	
Reçus originaux (médicaments, épicerie, transport, stationnement, logement lors des traitements, repas lors des traitements)			
Copie des factures hydro/eau/gaz/chauffage			
Copie de votre bail de l'année en cours ou de votre mensualité d' hypothèque (document montrant la somme à verser)		Non requis	
Copie de votre sommaire de bénéficiés ILD (couverture d'invalidité à long terme) – si ceci s'applique		Non requis	
Formulaire signé par le demandeur			