

# FONDATION KELLY SHIRES CONTRE le CANCER du SEIN - CRITÈRES

Date de la révision: 9 avril 2024

**Raison d'être :** Ces critères servent à guider notre association et son comité d'approbation dans leurs réponses aux demandes d'aide envoyées à nos bureaux. Notre mission est de fournir de l'aide financière aux femmes/hommes afin de les soulager des problèmes qui peuvent survenir lors d'un traitement du cancer du sein.

**Attention :** Ces critères gouvernent la manière dont la fondation utilisera ses fonds pour venir en aide aux personnes dans le besoin. Ces fonds ne proviennent pas d'aides du gouvernement et nous sommes tributaires de la générosité de nos donateurs et commanditaires.

Nous sommes une association administrée **EXCLUSIVEMENT** par des bénévoles.

Nous ne recevons **aucune subvention** du gouvernement et dépendons uniquement de dons. Nous fonctionnons grâce à l'aide offerte par nos bénévoles afin de gérer le bureau et les événements. Ces critères, le cas échéant, sont révisés annuellement

## Critères à suivre :

1. Les demandes d'assistance financières doivent être soumises **au complet** par écrit à la Fondation en détaillant les besoins de l'aide. Une demande à laquelle il manquerait un/des document(s) sera considérée incomplète et ne sera pas soumise au comité d'approbation (voir la liste au #7).
2. Il faut avoir été diagnostiqué(e) d'un cancer du sein (la priorité sera donnée aux personnes en traitement actif).
3. Il faut être un(e) citoyen(ne) Canadien(ne), immigrant(e) ou un(e) résident(e) permanent(e).
4. Chaque demande sera plafonnée à 1,300\$ (selon les fonds disponibles)
5. Chaque personne pourra faire une demande **3 fois par année calendrier**. L'attribution des montants se fait en fonction des fonds en caisse au moment de la demande. Une nouvelle demande ne peut être envoyée tant que la précédente n'ait été soumise au comité, et que le résultat soit renvoyé au demandeur. Maximum d'une demande par mois. Ne pas envoyer votre demande s'il manque un/des documents; cela ne fera que mettre un frein au processus.
6. **CHAQUE** demande doit contenir au moins **une dépense** liée au diagnostic ou au traitement (médicaments, transport, prothèse, stationnement, etc.)
7. Les demandes **doivent** être accompagnées des documents suivants :
  - √ une preuve médicale établissant le diagnostic du cancer du sein/traitement en cours (copie du rapport médical)
  - √ **il est obligatoire** de nous fournir la **déclaration d'impôts au complet** de l'année en cours pour vous-même, votre conjoint/partenaire (le cas échéant) ou toute autre personne résidant à la même adresse (parents et enfants de plus de 18 ans travaillant, etc.). Le cas échéant le comité d'approbation se réserve le droit de réclamer les déclarations des années précédentes. La soumission d'un T4 uniquement n'est pas admissible.
  - √ Fournir toutes les informations concernant vos revenus (aide sociale, chômage, allocation parentale, assurances, soutien du père, aide familiale, autre organisation caritative, etc.)
  - √ Joindre à la demande tous les reçus et factures (aucun reçu datant d'avant le diagnostic ne sera pris en compte), et aucune facture ayant une date de plus d'un an au moment de la demande. Nous ne gardons les reçus qu'un an en arrière de la demande.
  - √ **RECUS ORIGINAUX** pour la pharmacie, l'épicerie, la parapharmacie, l'essence, le stationnement. **SVP**, organisez vos reçus et **surtout ne pas surligner le papier thermique**

- √ Si la demande concerne de l'aide pour le loyer/l'hypothèque, il faut fournir la copie du **bail en cours** ou la preuve d'**hypothèque**.
- √ **OBLIGATOIRE** - La copie de citoyenneté (passeport) ou de résident permanent ou acte de naissance / baptistaire doit être fournie avec la première demande
- √ Estimé/devis des fonds que vous nous demandez d'avancer. Ceci sera payé directement à la compagnie offrant le service.
- √ Les personnes qui ont cessé leur emploi pour traitement (employé ou indépendant) doivent nous fournir le rapport de cessation d'activité
- √ Si vous avez reçu des fonds d'autres associations ou de famille, vous devez nous en informer
- √ Une copie de 4 semaines consécutives de fiche de paye, pour vous-même et toute personne adulte résidant chez vous

**Veillez noter qu'une demande ne peut être présentée au comité d'approbation s'il manque un/des documents. TOUS les documents sont requis afin de soumettre votre demande, sinon elle sera placée en attente et ne sera présentée qu'à réception des documents manquants**

8. Notre politique et nos critères sont revus annuellement et modifiés selon le besoin.
9. Toute information personnelle reste protégée sous la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada; le dossier reste confidentiel sous clef et ne peut être divulgué.
10. Si vous recevez une rente d'assurance maladie prolongée, une copie de votre police d'assurance sera à joindre à votre demande
11. Si vous avez un surplus mensuel votre demande pourrait être refusée selon nos fonds disponibles
12. Le comité se réserve le droit de refuser une demande d'aide financière si elle estime la demande non conforme aux critères. Aucun manque de respect ne sera toléré vis à vis de nos bénévoles et membres du bureau; ces comportements entraineront la ratification de votre dossier.

**Quelques exemples de frais qui sont couverts par la Fondation (mais non limité à) :**

- Transport vers le/du centre pour des rendez-vous ou des traitements du cancer.  
Reçus d'essence à l'appui et relevé des rendez-vous.
- Hébergement.
- Médicaments qui ne sont pas couverts par une autre assurance maladie (ou la partie restante à la charge du malade) **et qui sont liés** au cancer du sein.
- Stationnement au centre de traitement / hôpital.
- Les frais de nourriture uniquement pendant les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- La garde des enfants pendant un séjour au centre/hôpital, ou pour un rendez-vous, ou des traitements dans ces lieux.
- Aide médicale/ménagère à domicile pendant les traitements.
- Prothèse capillaire et/ou chapeaux.
- Prothèse mammaire et/ou lingerie spécialisée (moins la subvention de votre province).
- Consultations spécialisées : soutien psychologique pour les patient(e)s, compagnons et/ou enfants; participation à des groupes thérapeutiques/cours.
- Réhabilitation/soins post traitement : par exemple, drainage lymphatique, suivi de régime, consultation d'une diététicienne.
- Services spéciaux suite au traitement de la chimiothérapie : par exemple, lunettes de vue suite à un changement de la vision (nécessitera l'approbation d'un spécialiste du milieu médical).
- Autres frais découlant du traitement, concernant la vie de tous les jours pendant les traitements et la convalescence.
- Loyer / Hypothèque
- Des frais autres, non cités, peuvent être soumis à la commission et pris en compte après consultation avec les directeurs et membres du comité.

**ATTENTION** : certaines dépenses ont un « maximum » éligible par demande

**LE SAVIEZ-VOUS?** : Chaque province du Canada offre une couverture financière partielle pour les prothèses mammaires. Veuillez consulter notre page « ressources » ou consulter le département de santé de votre province.

### **Procédure de demande d'aide:**

1. Soumettre votre demande par voie postale **uniquement** sur un formulaire à jour (des demandes sur formulaire antérieur à 2024 seront retournées), fourni par nos bureaux ou téléchargé à partir de notre site : [www.kellyshiresfoundation.org](http://www.kellyshiresfoundation.org) (choisir la version en français).  
**Les demandes par internet ne sont pas admissibles.**  
La personne devra nous dire si elle/il reçoit des aides financières d'autres institutions (programmes fournis dans les centres, assurance maladie privée, assurance professionnelle, autres organismes).
2. La priorité sera donnée :
  - aux personnes à revenu modéré (le nombre de personnes à charge dans votre foyer sera pris en compte selon les directives du gouvernement)
  - aux demandes qui sont en rapport direct avec les traitements et soins
  - tout(e) résident(e) canadien(ne) peut nous soumettre une demande
3. Les personnes seront avisées du statut de leur dossier **par courrier ou courriel**.  
Notre bureau n'est ouvert que 3 jours semaine et notre préposée parle uniquement anglais.  
Nous allons faire tout notre possible pour traiter votre dossier dans les plus brefs délais.

Veuillez prendre en note que nous souhaitons aider le maximum de personnes au cours de l'année et de ce fait nous avons modifié nos critères afin de mettre un plafond à certaines demandes :

- l'hypothèque ou le loyer sera plafonné à 800\$ par demande (si vous recevez une allocation du gouvernement, nous déduirons cette somme du montant demandé)
- les frais d'épicerie seront plafonnés à 500\$ par demande
- les frais de transport (essence, bus, taxi) seront plafonnés à 500\$
- les frais d'hydro/fioul/gaz seront plafonnés à 300\$ total par demande
- les frais de téléphone seront plafonnés à 50\$ par demande
- prothèse capillaire / perruque / casque refroidissant sera plafonné à 500\$
- l'aide financière sera plafonnée à vie à 15,000 \$ au total de toutes les demandes soumises par le(la) patient(e). Vous ne pouvez pas demander cette somme en un versement.

Certains items **NON PRIS** en charge dans votre demande (mais non limité à) :

- paiement de carte de crédit ou tout autre sorte de crédit
- taxes foncières, scolaires et autres taxes ainsi que les frais de condo
- réparation d'automobile / pneus d'hiver
- internet/télévision
- téléphone cellulaire (avec l'exception, si vous n'avez pas de ligne fixe)
- assurances maison / auto / vie et autres
- médicaments et frais qui ne sont pas à votre nom **ou non liés au cancer du sein**
- vitamines et suppléments non prescrits par un docteur

Une liste détaillée de nos inclusions / exclusions se trouve sur notre site: [www.kellyshiresfoundation.org](http://www.kellyshiresfoundation.org)



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Veuillez utiliser ce formulaire révisé en **2024**; les formulaires antécédents seront retournés  
Ceci **DOIT** être complété intégralement (7 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 parrainé 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

## AVEZ-VOUS D'AUTRES CONDITIONS MÉDICALES ?

Veillez nous communiquer les autres problèmes médicaux que vous avez et les médicaments que vous prenez pour ceci avant votre diagnostic de cancer du sein :

Autre condition médicale	Date du Diagnostic	Médication(s)

## VOTRE ÉQUIPE MÉDICALE

Docteur de famille: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ poste

Oncologue: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ poste

Infirmière Pivot: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ poste

Travailleuse sociale: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ poste

**La confirmation de votre diagnostique 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: \$ \_\_\_\_\_

Recevez-vous une allocation logement? OUI  NON  si oui, le montant: \$ \_\_\_\_\_

Travaillez-vous présentement? OUI  Emploi actuel: \_\_\_\_\_

Temps plein

Mi-Temps

NON  Si NON, date du dernier jour d'emploi: \_\_\_\_\_

Type d'emploi: \_\_\_\_\_

Votre conjoint/partenaire est-il employé : OUI  NON

Si non, dernier jour 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		\$	\$	\$	\$
Crédit Taxes		\$	\$	\$	\$
Revenu de location		\$	\$	\$	\$
Pension de votre ex		\$	N/A	N/A	N/A
Revenus Investissements		\$	\$	\$	\$
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 \_\_\_\_\_ \$

**Notez: Votre demande DOIT obligatoirement inclure une dépense liée à votre traitement médicale. (L'alcool, les boissons gazeuses, les consignes, les cigarettes, les magazines, la loterie, la nourriture pour animaux, les fleurs, les vêtements non médicalisés et les sacs 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)	\$	Reçus <b>originaux</b> de la pharmacie (au nom de la/du malade) Pas de photocopie	
Dépenses médicales (précisez) (uniquement pour demandeur)	\$	Reçus originaux	
Prothèse, soutien-gorge, manchon de lymphe oedème	\$	Reçus originaux	
Dépenses déplacements) (essence, bus, taxi, avion, etc.) <b>(plafonné à 500\$)</b>	\$	Reçus originaux <b>ET</b> copie des rendez-vous médicaux	
Stationnement, logement et frais de repas les jours de traitements (svp précisez)	\$	Reçus originaux <b>ET</b> copie des rendez-vous médicaux	
Perruque, prothèse capillaire <b>(plafonné à 500\$)</b>	\$	Reçu original	

## Vos autres dépenses

Hypothèque ou loyer <b>(plafonné à 800\$)</b> Avez-vous une assurance hypothécaire?	\$	Copie du bail en cours ou preuve du montant mensuel d'hypothèque	
Épicerie <b>(plafonné à 500\$)</b>	\$	Reçus originaux	
Hydro, gaz, eau, chauffage <b>(plafonné à 300\$)</b>	\$	Copie de la/des facture(s)	
Téléphone <b>(plafonné à 50\$)</b>	\$	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:** \_\_\_\_\_ \$

**Notez:** Le montant maximum que nous pouvons allouer par demande est de 1,300\$. 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 en date de votre demande (la date est celle à laquelle nous recevons votre demande au bureau).

***Si vous ne soumettez pas une dépense liée à votre cancer, la demande sera refusée***

## **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.*

*J'ai lu et j'ai compris que mon information personnelle et médicale sera partagée avec le comité d'approbation et/ou les directeurs de l'association*

---

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  
C.P. 155 – Poste Principale  
Collingwood, Ontario L9Y 3Z5**



Envoyez toute demande en français à l'adresse ci-dessus afin de sauver du temps; si vous l'envoyez à Newmarket, il sera envoyé à cette adresse qui prendra du temps en plus

Courriel: [info@breastcancersnowrun.org](mailto:info@breastcancersnowrun.org)

[www.kellyshiresfoundation.org](http://www.kellyshiresfoundation.org)

[www.breastcancersnowrun.org](http://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 SIX (6) PAGES DE CETTE DEMANDE DOIVENT ÊTRE DUMENT REMPLIES ET ENVOYÉES UNIQUEMENT PAR COURRIER (SVP PAS DE DEMANDE PAR TÉLÉCOPIEUR NI INTERNET)**

## **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<sup>e</sup> 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 ladite 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 :**

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