

Formulaire de demande au Fonds pour le transport aux traitements de la Colombie-Britannique – Patient/patiente en traitement actif

Aperçu

Nous comprenons qu'il peut être difficile de se rendre à vos rendez-vous pour vos traitements contre le cancer, surtout si vous avez aussi des problèmes physiques ou financiers ou si le lieu de traitement est loin de chez vous. Notre Fonds pour le transport aux traitements peut rapidement vous aider à payer une partie de vos frais de déplacement liés à vos traitements contre le cancer, dont l'essence, le taxi, les billets de transport en commun et l'hébergement.

Si vous avez des questions au sujet de ce formulaire ou des renseignements que vous devez fournir, téléphonez au **1 888 939-3333**.

Section 1 – Critères d'admissibilité

- Vous devez avoir reçu un diagnostic de cancer.
- Vous devez **actuellement** recevoir des traitements contre le cancer, ou prévoir en recevoir dans l'année en cours.
- Les revenus annuels de votre ménage doivent représenter moins de 150 000 \$.
- Vous devez correspondre aux critères liés à la distance (détaillés plus bas, dans la section 4).
- Vous ne devez pas avoir reçu l'aide Fonds pour le transport aux traitements dans les 12 derniers mois.

Section 2 – Documents à envoyer

- Un exemplaire de ce formulaire de demande contenant tous les renseignements pertinents.
- La signature de votre fournisseur de soins de santé à la section 7 (si la distance jusqu'aux traitements est de plus de 25 km). Tout membre du personnel de votre équipe médicale peut signer la section 7.
- La signature de votre fournisseur de soins de santé pourra se faire à votre prochain rendez-vous. **Ne demandez pas un nouveau rendez-vous uniquement pour la signature de ce formulaire.**

Pour nous envoyer votre formulaire par courriel, communiquez avec : BCTravelFund@cancer.ca

Pour nous envoyer votre formulaire par la poste :

Société canadienne du cancer
À l'attention de : Fonds pour le transport aux traitements
575 W. 10th Ave, Vancouver BC V5Z 4C3

Section 3 – Vos coordonnées

Prénom	Adresse	Appartement
Nom de famille	Ville	
Courriel	Province	Code postal
Numéro de téléphone principal	Autorisation de laisser un message vocal au numéro principal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Numéro de téléphone secondaire	Autorisation de laisser un message vocal au numéro secondaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Section 4 – Revenu du ménage (évaluation financière)

Veuillez cocher la case qui correspond à la situation financière **actuelle** de votre famille (excluant tout enfant qui habiterait avec vous). Votre revenu familial annuel est :

- Moins de 29 999 \$
- Entre 30 000 et 79 999 \$
- Entre 80 000 et 99 999 \$, et je dois parcourir plus de 25 km (aller simple)
- Entre 100 000 et 150 000 \$, et je dois parcourir plus de 100 km

Je CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE que les informations fournies ci-dessus sont complètes, véridiques et correctes.

Initiales _____

Section 5 – Distance approximative d'un aller simple vers vos traitements

Quelle est la distance totale que vous devez parcourir pour vous rendre de votre domicile à votre centre de traitements? Si vous devez vous rendre à plus d'un endroit, veuillez indiquer la distance qui sépare votre domicile de l'endroit le plus éloigné.

_____ km

Cela inclut-il un transport aérien?

Yes No

Recevez-vous l'aide de **Vols d'espoir**?

Yes No

Section 6 – Greffe de moelle osseuse

Recevrez-vous une greffe de moelle osseuse? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer la date de la greffe de moelle osseuse.

Veuillez indiquer le nom de la clinique où vous recevrez une greffe de moelle osseuse.

Type de greffe : Auto (Greffe autologue de cellules souches)
 Allo (Allogreffe de cellules souches)

Section 7 – Information sur la santé du patient/de la patiente (obligatoire si la distance à parcourir est de plus de 25 km) **Cette section doit être remplie par un professionnel/une professionnelle de la santé.**

Numéro d'identification de BC Cancer	Nom du professionnel/de la professionnelle de la santé
Hôpital/Centre de soins contre le cancer offrant les traitements	Titre du professionnel/de la professionnelle de la santé
Date du prochain rendez-vous pour des traitements	Numéro de téléphone du professionnel/de la professionnelle de la santé
Signature du professionnel/de la professionnelle de la santé X	Courriel du professionnel/de la professionnelle de la santé

Section 8 – Consentement et signature

Par la présente et par l'entremise d'autres formulaires, nous recueillons vos renseignements personnels pour vous enregistrer comme client/cliente et communiquer avec vous sur votre inscription au Fonds pour le transport aux traitements. Les renseignements obtenus pourraient être utilisés pour d'autres programmes et services de transport, d'hébergement ou d'information de la SCC. Nous pourrions partager vos renseignements personnels avec de tierces parties, dont Vols d'espoir, à l'intérieur ou à l'extérieur de la Colombie-Britannique et à l'extérieur du Canada, et uniquement pour les fins indiquées ci-dessus, ou comme exigé par la loi.

À tout moment, vous avez le droit de retirer votre consentement à ce que nous utilisions ou communiquions vos renseignements. Nous pourrions vous contacter par la poste, par courriel, par téléphone ou par message texte. Vous pouvez exercer votre droit d'accéder à vos renseignements, d'y demander des modifications ou de vous désabonner des communications en appelant au 1 888 939-3333 ou en envoyant un courriel à BCTravelFund@cancer.ca

Pour plus d'informations sur nos pratiques en matière de confidentialité, visitez <https://cancer.ca/fr/privacy-policy>.

Je comprends et j'accepte que les renseignements fournis dans ce formulaire d'inscription seront vérifiés par un membre du personnel de la SCC et que des documents financiers supplémentaires pourraient être exigés au besoin.

Si la demande d'inscription est faite par courriel : Je comprends et j'accepte que les courriels ne sont pas un moyen de communication sécuritaire. Je consens à envoyer et à recevoir des courriels contenant des renseignements sur ma santé et des informations sur mon compte bancaire par courriel.

Je comprends que la SCC ne pourra être tenue responsable de toute violation de la confidentialité, qu'elle soit causée par moi-même ou par une tierce partie.

Signature

Date

X