



## Fonds pour le transport aux traitements Form A - Postuler en ligne

### Consentement requis

Ce formulaire de demande doit uniquement être rempli par la personne atteinte de cancer, son proche aidant/sa proche aidante ou un/une membre du personnel de l'hôpital ou de la clinique prodiguant les soins. Les renseignements de la personne atteinte peuvent seulement être transmis si celle-ci ou son représentant autorisé/sa représentante autorisée a consenti à les transmettre à la Société canadienne du cancer (SCC).

### Vue d'ensemble

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 vous aider à payer une partie de vos frais de déplacement.

Si votre admissibilité au Fonds pour le transport aux traitements est vérifiée, vous serez admissible à un versement ponctuel par année pendant la durée de vos traitements actifs. Vous recevrez un chèque directement à l'adresse fournie dans ce formulaire de demande.

### Introduction

Avant de commencer à remplir ce formulaire en ligne, vérifiez ce qui suit :

- 1) Numéro d'identification de BC Cancer : Obtenez cette information auprès de votre professionnel/professionnelle de la santé.
- 2) Critère d'admissibilité : Ce formulaire est réservé aux personnes atteintes qui doivent parcourir moins de 25 km pour se rendre à leurs rendez-vous liés au cancer.

Remarque : Si vous avez moins de 25 km à parcourir, vous n'avez pas besoin de la signature d'un professionnel/d'une professionnelle de la santé pour remplir ce formulaire.

**Si vous avez 25 km ou plus à parcourir, [cliquez ici pour télécharger le formulaire B.](#)**

**Si vous recevez une greffe de moelle osseuse ou une thérapie CAR--T, cliquez ici pour remplir le formulaire C.**



Si vous avez des questions au sujet de ce formulaire ou des renseignements que vous devez fournir, appelez le **1 888 939-3333**. Nous sommes là pour vous aider.

## Section 1 – Votre éligibilité

- Un diagnostic de cancer
- Vous êtes actuellement en traitement actif ou allez bientôt suivre un traitement actif.
- Les revenus de votre ménage et la distance à parcourir répondent aux critères énumérés à la section 3 du présent formulaire.
- Vous n'avez pas bénéficié d'une aide au transport au cours des 12 derniers mois.

**Remarque** : il n'y a pas de nombre minimum de rendez-vous de traitement requis pour bénéficier de l'allocation pour frais de traitement.

## Section 2 – Vos coordonnées

Prénom :	Nom de famille :
Numéro de téléphone principal :	Autorisation de laisser un message vocal au numéro de téléphone principal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Numéro de téléphone secondaire :	Autorisation de laisser un message vocal au numéro de téléphone secondaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse du domicile :	Ville :
Province :	Code postal :
Adresse postale (si différente) <i>Inclure le numéro de casier postal/d'appartement/de suite/d'unité/ etc.</i>	
Courriel :	Mois et année de naissance :



### Section 3 – Revenu du ménage

Veuillez cocher la case qui correspond à la situation financière **actuelle** de votre ménage.

- Moins de 29 999 \$ par an et je parcours moins de 25 km (aller simple)
- Entre 30 000 \$ et 79 999 \$ par an et je parcours moins de 25 km (aller simple)
- Entre 80 000 \$ ou plus et je parcours moins de 25 km (aller simple)

Vos frais de voyage pour le traitement sont-ils entièrement pris en charge par une autre organisation tiers (par exemple, vols, hébergement ou frais de voyage) ?

- Oui  Non

Initiales de la personne atteinte ou de l'aidant/aidante \_\_\_\_\_

### Section 4 – Estimation de la distance parcourue (trajet simple) pour vous rendre à vos traitements

Quelle est la distance totale entre votre résidence et le centre de traitement? Si vous vous rendez ou vous anticipez devoir vous rendre à plusieurs endroits, indiquez la distance vers le centre de traitement le plus éloigné de votre résidence.

\_\_\_\_\_ km

Initiales de la personne atteinte ou de l'aidant/aidante \_\_\_\_\_

### Section 5 – Renseignements de santé

Numéro d'identification de BC Cancer

Hôpital ou centre de traitement contre le cancer prodiguant les soins

Vous suivez actuellement ou allez bientôt suivre un traitement actif contre le cancer.

- Oui  Non

**\*\*REMOVE ALL MENTION OF/QUESTIONS RELATED TO BONE MARROW TRANSPLANT/CAR-T THERAPY FROM THE ONLINE FORM\*\***



## Section 6 – Mode de paiement préféré

Veillez choisir le mode de paiement que vous préférez pour le financement admissible

- Chèque (envoyé par Postes Canada)
- Dépôt direct (nous vous contacterons si vous êtes approuvé pour discuter des prochaines étapes)

## Section 7 – Notre politique de confidentialité

Nous recueillons vos renseignements personnels au moyen de ce formulaire et d'autres formulaires pour vous inscrire à notre programme et communiquer avec vous à propos de votre demande au Fonds pour le transport aux traitements. Les renseignements recueillis pourraient aussi être utilisés dans le cadre d'autres programmes et services de transport, d'hébergement et d'information de la SCC. Nous pouvons partager vos renseignements personnels avec des tierces parties, à l'intérieur ou à l'extérieur de votre province ou du Canada 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, de 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](mailto:BCTravelFund@cancer.ca).

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, visitez [www.cancer.ca/politique](http://www.cancer.ca/politique).

- Je consens*



**Section 8 – Consentement et signature du patient (à remplir par le patient ou son soignant)**

- Je certifie par la présente que les renseignements fournis ci-dessus sont complets, véridiques et exacts.

- Je comprends que les renseignements fournis dans la présente demande seront validés par le personnel de la Société canadienne du cancer et que des documents financiers supplémentaires pourraient être demandés au besoin.

- J'accepte d'envoyer et de recevoir des communications, y compris des renseignements personnels sur la santé, par courriel.

- J'accepte que la Société canadienne du cancer ne soit pas tenue responsable de toute violation de la vie privée, qu'elle soit causée par moi ou par un tiers.

**Nom complet du patient ou de l'aidant:**

**X**

**Date :** (JJ/MM/AAAA)