



Supplément pour greffe de moelle osseuse/thérapie par lymphocytes T à CAR

Formulaire de demande

Aperçu

Nous savons qu'il peut être difficile de se déplacer pour recevoir une thérapie par lymphocytes T à CAR ou une greffe de moelle osseuse, en particulier si vous faites également face à des difficultés physiques ou financières, ou si le centre de traitement se trouve loin de votre domicile.

Notre supplément pour greffe de moelle osseuse/thérapie par lymphocytes T à CAR est une aide financière destinée à compenser les frais de déplacement lors d'une greffe de moelle osseuse ou d'une thérapie par lymphocytes T à CAR.

Cette subvention vous est versée par dépôt direct (ou par chèque envoyé à l'adresse indiquée sur ce formulaire si le dépôt direct n'est pas une option privilégiée/possible).

Si vous avez des questions concernant la procédure ou les informations que vous devez soumettre, veuillez nous appeler directement au **1 888 939-3333** ou envoyer un courriel à BCTravelFund@cancer.ca

Nous sommes là pour vous aider.

Section 1 — Ce que vous devez nous envoyer pour cette demande

- Remplissez et signez ce formulaire de demande.
- Le formulaire d'inscription au système de transfert électronique de fonds (section 9 du présent formulaire) dûment rempli et signé, ainsi qu'**un chèque annulé ou un formulaire de dépôt direct de votre banque** si vous souhaitez que les fonds soient déposés directement dans votre compte bancaire. Si la section 9 du présent formulaire n'est pas remplie, le financement sera retardé.
- Si le dépôt automatique n'est pas possible ou n'est pas souhaité, un chèque vous sera plutôt envoyé.

Pour soumettre votre demande par courriel, veuillez l'envoyer à l'adresse suivante :
BCTravelFund@cancer.ca

Pour soumettre une demande par la poste, veuillez l'envoyer à l'adresse suivante :

Société canadienne du cancer
A/s de Fonds pour le transport aux traitements
575 W 10th Ave, Vancouver (BC) V5Z 4C3



Section 2 – Votre admissibilité

- Un diagnostic de cancer
- Vous recevez une thérapie par lymphocytes T à CAR ou une greffe de moelle osseuse (autologue ou allogène).
- Vous devez voyager plus de 45 minutes (aller simple) pour recevoir un traitement.
- Vous suivez actuellement un traitement actif

***Nouvelle demande après 30 jours :**

- Si votre demande est approuvée et que vous recevez ce supplément, mais que vous devez résider loin de chez vous pendant plus de 30 jours en raison de votre traitement vous pouvez présenter une nouvelle demande d'aide supplémentaire.
- Vous pouvez présenter une nouvelle demande tous les 30 jours si votre traitement nécessite que vous restiez loin de chez vous parce que le traitement a été prolongé.

Section 3 – Vos coordonnées et informations personnelles

Prénom	Nom
Numéro de téléphone principal	Autorisation de laisser un message vocal sur le numéro principal? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre numéro de téléphone	Autorisation de laisser un message vocal sur l'autre numéro? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse résidentielle	Ville
Province	Code postal
Adresse postale (si différente) <i>Veuillez indiquer la boîte postale/l'appartement/la suite/l'unité, etc.</i>	
Adresse courriel	Mois et année de naissance



Section 4 – Greffe de moelle osseuse et thérapie par lymphocytes T à CAR

Avez-vous reçu ou recevrez-vous une greffe de moelle osseuse ou une thérapie par lymphocytes T à CAR?

- Oui Non

Si oui, veuillez indiquer la date de l'intervention :

Nom de la clinique où vous avez reçu ou recevrez une greffe de moelle osseuse/une thérapie par lymphocytes T à CAR :

*Type de traitement que vous avez reçu ou que vous allez recevoir :

- Greffe autologue (Greffe autologue de cellules souches)
 Greffe allogénique (Greffe allogénique de cellules souches)
 Thérapie par lymphocytes T à CAR

Section 5 – Estimation de la distance à parcourir (aller simple) pour vous rendre à votre traitement

Quelle est la distance totale entre votre domicile et le centre de traitement? Si vous avez voyagé ou prévoyez voyager à plusieurs endroits, veuillez indiquer la distance jusqu'à l'endroit le plus éloigné de votre domicile.

_____ km

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

- Oui Non

Section 6 – Vos informations médicales

Numéro d'identification de BC Cancer

Hôpital/centre d'oncologie dispensant le traitement

Vous suivez actuellement un traitement actif ou allez bientôt suivre un traitement actif.

- Oui Non



Section 7 – Signature du prestataire de soins de santé

Je confirme que j'ai obtenu le consentement de mon patient/ma patiente pour soumettre cet aiguillage en son nom à la Société canadienne du cancer (SCC). Je reconnais avoir informé la personne que la SCC peut la contacter directement au sujet de cette demande. J'ai expliqué au patient/à la patiente l'objectif de la divulgation des informations et je l'ai informé que la SCC peut utiliser ces informations pour communiquer directement avec le prestataire de soins de santé référent. J'ai informé la personne que la SCC gardera toutes les informations confidentielles et ne les utilisera qu'aux fins décrites ci-dessous.

La personne doit être informée que la SCC recueille des renseignements personnels pour gérer sa participation au programme, l'informer sur d'autres services et la contacter pour l'informer de l'impact de la SCC et des moyens de soutenir l'organisme ou de faire un don. La SCC peut également utiliser ces informations pour l'évaluation des programmes et l'assurance qualité. La SCC peut partager ses renseignements personnels avec des tierces parties, dont des fournisseurs de services, des consultants et des conseillers à l'extérieur de leur province ou territoire, ou du Canada, uniquement dans le but de réaliser les objectifs identifiés ci-dessus, ou comme exigé par la loi.

La SCC peut contacter la personne par la poste, par courriel, par téléphone ou par messagerie texte. La personne peut exercer son droit d'accéder à ses renseignements, demander des modifications, se désabonner des communications ou de retirer son consentement en appelant le **1 888 939-3333** ou en envoyant un courriel à confidentialite@cancer.ca. Pour plus d'informations sur les pratiques de la SCC en matière de confidentialité, visitez <https://cancer.ca/fr/privacy-policy>

Je confirme

Nom du prestataire de soins :

Titre du prestataire de soins :

Numéro de téléphone du prestataire de soins :

Adresse courriel du prestataire de soins :

Signature du prestataire de soins :

X

JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE que la situation du demandeur/de la demandeuse est celle indiquée.



Section 8 – Consentement et signature de la personne

Nous recueillons vos informations personnelles au moyen de ce formulaire et d'autres formulaires afin de vous enregistrer en tant que client/cliente et de communiquer avec vous au sujet de votre demande d'aide financière au titre du Fonds pour le transport aux traitements. Les informations recueillies peuvent également être utilisées pour d'autres programmes et services de transport, d'hébergement et d'information de la SCC. Nous pouvons partager vos informations personnelles avec des tierces parties, à l'intérieur ou à l'extérieur de votre province ou du Canada, afin de réaliser les objectifs identifiés ci-dessus, ou comme exigé par la loi.

Vous avez le droit de retirer à tout moment votre consentement à l'utilisation ou à la communication de vos informations. Nous pouvons vous contacter par la poste, par courriel, par téléphone ou par messagerie texte. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux informations vous concernant, demander des modifications ou 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 consens

Si vous envoyez votre demande par courriel :

Je comprends que le courriel n'est pas un moyen de communication sûr. J'accepte d'envoyer et de recevoir des communications par courriel, y compris des informations relatives à ma santé et à mon compte bancaire.

Oui *Non* (La SCC ne peut communiquer avec vous que par téléphone ou par la poste)

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.

Oui *Non*

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

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.

Signature :

X

Date : (JJ/MM/AAAA)



Section 9 – Formulaire d’inscription au transfert électronique de fonds

Informations sur le bénéficiaire

Nom complet :

Numéro de téléphone :

Adresse postale :

Adresse courriel : (facultatif)

Informations sur l’institution financière

Nom de la banque :

Nom complet du titulaire du compte :

Numéro de transit : (5 chiffres)

Numéro de banque : (3 chiffres)

Numéro de compte : (jusqu’à 12 chiffres)

Autorisation du bénéficiaire

J’autorise la Société canadienne du cancer à effectuer un dépôt par transfert électronique de fonds dans le compte bancaire désigné sur ce formulaire.

Signature : (Veuillez taper votre nom complet ici si vous remplissez le formulaire électroniquement)

X

Date : (JJ/MM/AAAA)

La Société canadienne du cancer transmettra votre paiement par voie électronique et fournira un bordereau de paiement électronique en fonction des informations fournies. Il est important que toute modification de vos coordonnées ou de vos informations bancaires soit communiquée à la Société afin d’assurer un paiement rapide et précis.

VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE ANNULÉ ou UN FORMULAIRE DE DÉPÔT DIRECT (DE VOTRE BANQUE) À CETTE DEMANDE