



## Fonds pour le transport aux traitements

### Aperçu

Nous savons qu'il peut être difficile de se rendre à un traitement contre le cancer, en particulier si vous devez également faire face à des difficultés physiques ou financières, ou si le centre de traitement est éloigné de votre domicile. Notre fonds de prise en charge des frais de déplacement est une aide financière destinée à compenser les frais de déplacement pour se rendre à un traitement anticancéreux.

Si votre demande est acceptée, vous pouvez bénéficier d'un versement unique par an pendant votre traitement actif. Ce paiement vous est versé directement par dépôt direct (ou par chèque posté à l'adresse indiquée sur ce formulaire si le dépôt direct n'est pas préféré/possible).

Si vous avez des questions concernant la procédure ou les informations à fournir, veuillez nous appeler directement au **1-888-939-3333** ou envoyer un courriel à [BCTravelFund@cancer.ca](mailto:BCTravelFund@cancer.ca)

Nous sommes là pour vous aider.

### Section 1 – Documents à envoyer

- Remplir et signer le formulaire de demande
- Si vous parcourez 25 km ou moins (aller simple), vous n'êtes pas tenu de remplir la section 7 (« Autorisation du prestataire de soins de santé »).
- Si vous parcourez plus de 25 km (aller simple), vous devez remplir la section 7 (« Autorisation du prestataire de soins de santé »).
- Un formulaire d'inscription au système de transfert électronique de fonds (section 9 du présent formulaire) dûment rempli et signé, ainsi qu'un chèque annulé. 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 envoyé par la poste.

Pour soumettre la demande par courrier électronique, veuillez l'envoyer à l'adresse suivante [BCTravelFund@cancer.ca](mailto:BCTravelFund@cancer.ca)

Pour soumettre la demande par la poste, veuillez l'envoyer à : Société canadienne du cancer  
Société canadienne du cancer

*Société canadienne du cancer - À l'attention de : Fonds pour le transport aux traitements  
575, 10<sup>e</sup> Avenue Ouest,  
Vancouver, BC V5Z 4C3*



## Section 2 – 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 4 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 3 – 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 4 – Revenu du ménage

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

- Revenu de 29 999 \$ ou moins par année (pas de distance parcourue minimale).
- Revenu situé entre 30 000 \$ et 79 999 \$ par année (pas de distance parcourue minimale).
- Revenu situé entre 80 000 \$ et 99 999 \$ par année, et distance parcourue de plus de 25 km (trajet simple).
- Revenu entre 100 000 \$ et 150 000 \$ par année, et distance parcourue de plus de 100 km (trajet simple).

Vos frais de déplacement sont-ils couverts intégralement par une autre organisation?

- Oui       Non

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

## Section 5 – 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 6 – 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



## Section 7 – Signature du professionnel/de la professionnelle de la santé

*Nécessaire uniquement si le patient parcourt plus de 25 km dans un sens - à remplir par tout membre de l'équipe soignante de l'hôpital ou du centre de cancérologie.*

Je confirme que j'ai obtenu le consentement de mon patient pour soumettre cette recommandation en son nom à la Société canadienne du cancer (SCC). Je reconnais avoir informé le patient que la SCC peut communiquer directement avec lui au sujet de cette recommandation. J'ai expliqué au patient le but de la divulgation des renseignements et je l'ai informé que la SCC pourrait utiliser ces renseignements pour communiquer directement avec le fournisseur de soins de santé qui l'a aiguillé. J'ai informé le patient que CCS gardera toutes les informations confidentielles et ne les utilisera qu'aux fins décrites ci-dessous.

Le patient doit savoir que CCS recueille des informations personnelles pour gérer sa participation au programme, l'informer sur d'autres services et le contacter pour l'informer de l'impact de CCS et des moyens de soutenir CCS ou de faire un don. CCS peut également utiliser leurs informations pour l'évaluation du programme et l'assurance qualité. CCS peut partager leurs informations personnelles avec des tiers, y compris des fournisseurs de services, des consultants et des conseillers à l'extérieur de leur province ou territoire ou à l'extérieur du Canada, uniquement dans le but de réaliser les objectifs identifiés ci-dessus, ou si la loi l'exige.

CCS peut les contacter par courrier, courriel, téléphone ou texte. Ils peuvent exercer leur droit d'accéder à leurs informations ou de les faire corriger, de se désabonner des communications ou de retirer leur consentement en appelant le 1-888-939-3333 ou en envoyant un courriel à [privacy@cancer.ca](mailto:privacy@cancer.ca) Pour plus d'informations sur les pratiques de CCS en matière de protection de la vie privée, visitez le site [www.cancer.ca/privacy](http://www.cancer.ca/privacy)

Je confirme

Nom du professionnel/de la professionnelle de la santé :

Titre du professionnel/de la professionnelle de la santé :

Numéro de téléphone du professionnel/de la professionnelle de la santé :

Courriel du professionnel/de la professionnelle de la santé :

**Signature du professionnel de santé**

**X**

*J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.*



## Section 8 – Consentement et signature de la personne atteinte

(À remplir par la personne atteinte ou son aidant/aidante)

### Si vous transmettez la demande par courriel :

Je comprends que les courriels ne sont pas un moyen de communication absolument sûr. Je consens à envoyer et à recevoir des communications par courriel qui comprennent des renseignements médicaux personnels et des renseignements bancaires.

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

Je reconnais que la Société canadienne du cancer n'est pas responsable de toute atteinte à ma vie privée qui pourrait survenir, qu'elle soit causée par moi-même ou par un tiers.

*Oui*       *Non*

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*

PAR LA PRÉSENTE, J'ATTESTE que l'information fournie ci-dessus est correcte et actuelle.

Je comprends que l'information fournie dans cette demande sera vérifiée par le personnel de la Société canadienne du cancer et que des documents supplémentaires pourraient être demandés.

**Signature :**

X

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



## Section 9 - Formulaire d'inscription au transfert électronique de fonds

Veuillez remplir cette section au complet. Nous ne serons pas en mesure de vous faire parvenir les fonds par dépôt direct si les informations ci-dessous ne sont pas complètes.

Renseignements sur le/la bénéficiaire	
<b>Nom complet :</b>	<b>Numéro de téléphone :</b>
<b>Adresse postale :</b>	
<b>Courriel :</b> (facultatif)	

Renseignements sur l'institution financière	
<b>Nom de l'institution financière :</b>	<b>Nom complet du/de la titulaire du compte :</b>
<b>Numéro de transit :</b> (5 chiffres)	<b>Code de l'institution :</b> (3 chiffres)
<b>Numéro de compte :</b> (jusqu'à 12 chiffres)	

Autorisation du/de la bénéficiaire	
J'autorise la Société canadienne du cancer à effectuer un dépôt par transfert électronique de fonds dans le compte de l'institution financière désigné sur ce formulaire.	
<b>Signature :</b> (Veuillez taper votre nom complet si vous signez électroniquement.)  <b>X</b>	<b>Date :</b> (JJ/MM/AAAA)

La Société canadienne du cancer vous fera parvenir votre paiement par voie électronique et vous fournira un relevé de paiement électronique selon les renseignements fournis. Il est important que vous communiquiez à la SCC toute modification à vos coordonnées ou à vos renseignements bancaires pour que le paiement soit effectué rapidement dans le bon compte.

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