

Aide financière pour le transport - Québec

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. À la Société canadienne du cancer (SCC), nous offrons une aide au transport pour les personnes qui reçoivent actuellement des traitements contre le cancer.

Notre Fonds pour le transport aux traitements peut vous aider à payer une partie de vos frais de déplacement. Vous pouvez faire une demande si vous habitez dans l'une des régions indiquées ci-dessous et renouveler cette demande chaque année, tant que vous recevez des traitements. Nous procéderons à une évaluation financière pour déterminer si vous êtes admissible (voir section 3).

Remplissez toutes les sections de ce formulaire de demande, à l'exception de la section 5. Demandez à votre médecin ou à une autre personne de votre équipe soignante de remplir la section 5.

Si vous avez des questions au sujet de ce formulaire ou des renseignements que vous devez fournir, téléphonez à notre Service d'information sur le cancer au **1 888 939-3333**.

Veillez retourner ce formulaire et les documents connexes par la poste, télécopieur ou courriel à :

Société canadienne du cancer
Fonds pour le transport aux traitements
5151, boulevard de l'Assomption, Montréal, QC H1T 4A9
Téléphone: 1 888 939-3333
Télécopieur : 514 255-2808
Courriel : aidefinanciere@cancer.ca

Section 1 – Critères d'admissibilité

- Pour être admissible à ce programme, vous devez actuellement recevoir des traitements contre le cancer.
- Si vous résidez à moins de 200 km (trajet simple) de votre lieu de traitement, vous devez avoir un minimum de 10 rendez-vous liés à vos traitements dans l'année.
- Si vous habitez au Québec et résidez à plus de 200 km de votre lieu de traitement, vous pourriez obtenir une aide financière du gouvernement. Avant de présenter une demande au Fonds pour le transport aux traitements, téléphonez au 1 888 939-3333 pour savoir si vous pouvez bénéficier d'une aide gouvernementale à la place.
- Les prestataires de l'aide sociale ne sont pas admissibles au Fonds pour le transport aux traitements.

Section 2 – Documents à envoyer

1. Un exemplaire de ce **formulaire de demande**, dûment rempli et signé. Si vous ne remplissez pas toutes les sections, le traitement de votre demande pourrait être retardé.
2. Une copie de l'**avis de cotisation** de l'année précédente de l'Agence du revenu du Canada téléphone (1 800-959-8281) pour vous et tout membre de votre famille âgé de 18 ans vivant sous votre toit.
3. Un **formulaire d'inscription de transfert électronique de fonds** dûment rempli et signé, ainsi que vos renseignements bancaires. Il nous faut ce formulaire pour pouvoir déposer l'argent dans votre compte.
4. Un **chèque annulé ou un formulaire de dépôt direct** de votre banque pour le compte bancaire visé.

Section 3 – Revenu du ménage (évaluation financière)

Veillez cocher la case qui correspond à la situation financière actuelle de votre famille. Une unité familiale comprend toute personne qui réside de façon permanente à la même adresse que vous. Vous pouvez faire une demande de Fonds pour le transport aux traitements si votre situation financière correspond à l'une des catégories ci-dessous.

- Une unité familiale de 1 personne seule dont le revenu annuel brut est inférieur à 25 920 \$.
- Une unité familiale de 2 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 32 270 \$.
- Une unité familiale de 3 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 39 672 \$.
- Une unité familiale de 4 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 48 166 \$.
- Une unité familiale de 5 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 54 630 \$.
- Une unité familiale de 6 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 61 612 \$.
- Une unité familiale de 7 personnes ou plus dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 68 598 \$.
- Je suis prestataire de l'aide sociale (aide financière de dernier recours).

Section 4 – Vos coordonnées

Date de la demande (JJ/MM/AAAA)	Adresse	Appartement
Nom de famille	Ville	
Prénom	Province	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Code postal	
Numéro de téléphone du domicile	Autorisation de laisser un message vocal au numéro de téléphone du domicile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Numéro de téléphone cellulaire	Autorisation de laisser un message vocal au numéro de téléphone cellulaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Courriel		

Section 5 – Information sur la santé du patient (Cette section doit être remplie par un professionnel de la santé.)

Type(s) de cancer diagnostiqué(s)	Nom du professionnel de la santé
Un minimum de 10 rendez-vous liés aux traitements est prévu pour l'année qui vient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Titre du professionnel de la santé
Date du début des traitements (JJ/MM/AAAA)	Numéro de téléphone du professionnel de la santé
Date de fin des traitements, si connue (JJ/MM/AAAA)	Courriel du professionnel de la santé
Lieux où sont donnés les traitements (nom de l'hôpital ou de la clinique)	<p>Signature du professionnel de la santé</p> <p>X</p> <p>J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.</p>

Section 6 – Consentement et signature

Je comprends que les renseignements que je fournis au Fonds pour le transport aux traitements seront utilisés pour mon inscription comme client au programme et pour communiquer avec moi à propos de ma demande, conformément à la politique de confidentialité de la Société canadienne du cancer (SCC).

(Pour en savoir plus sur la politique de confidentialité de la SCC, consultez la page <https://www.cancer.ca/fr-ca/about-our-site/privacy-policy/>)

J'autorise la SCC à effectuer un dépôt au compte de banque fourni, d'envoyer par courriel mes renseignements au département de comptabilité et m'engage à notifier rapidement la SCC de tout changement à mes renseignements bancaires.

Oui **Non**

Si vous envoyez la demande par courrier électronique

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** (Si vous cochez Non, la SCC communiquera avec vous par téléphone ou par la poste uniquement.)

Je reconnais que la SCC 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**

Collecte des renseignements personnels

La SCC recueille vos coordonnées et vos renseignements médicaux personnels pour être en mesure de vous offrir des services. Il se peut aussi que nous utilisions vos renseignements, conformément à notre politique de confidentialité, pour vous tenir au courant des activités de la SCC qui pourraient vous intéresser, comme nos programmes de soutien et nos campagnes de collecte de fonds, ou pour obtenir votre avis afin d'améliorer nos services.

Consentez-vous à ce que la collecte de ces renseignements personnels serve à ces fins?

Oui **Non**

Signature**X****Date (JJ/MM/AAAA)**

Veillez examiner et remplir le formulaire d'inscription à la page suivante.

Section 7 - Formulaire d'inscription au dépôt direct

Nom	Numéro de téléphone
Adresse postale	
Adresse électronique	
Nom de l'institution financière :	Nom complet du titulaire du compte :
Numéro de transit : (5 chiffres)	Code de l'institution : (3 chiffres)
Numéro de compte : (jusqu'à 12 chiffres)	
<p>Attention : Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention ANNULÉ. Si vous ne joignez pas de chèque annulé, l'institution financière doit valider le nom du titulaire du compte et les renseignements bancaires.</p>	
<p>Si vous soumettez le formulaire par courriel :</p> <p>Je comprends que le courrier électronique ne constitue pas un moyen de communication sécurisé. J'accepte d'envoyer et de recevoir des communications électroniques, dont des renseignements bancaires.</p> <p>J'accepte de ne pas tenir responsable la Société canadienne du cancer de toute atteinte à la vie privée, que celle-ci soit causée par moi-même ou un tiers. <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Je comprends que si je ne suis pas à l'aise avec le courrier électronique, toutes les communications me seront transmises par la poste ou par télécopieur.</p>	
<p>J'autorise la Société canadienne du cancer à déposer un crédit ACH dans le compte bancaire indiqué sur ce formulaire.</p>	
Signature :	Date:

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.