

## Formulaire d'aide de demande aux fonds pour le transport aux traitements Nouvelle-Écosse

### 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 traitement des déplacements est une aide financière destinée à compenser les frais de déplacement pour se rendre à un traitement anticancéreux.

Ce paiement vous est versé directement par transfert électronique de fonds (dépôt automatique) ou par chèque envoyé à l'adresse indiquée sur ce formulaire.

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

Nous sommes là pour vous aider.

### Section 1 – Critères d'admissibilité

- Vous êtes atteint d'un cancer et devez vous rendre dans un hôpital ou un centre anticancéreux pour y suivre un traitement.
- Vous répondez aux critères de revenu du ménage énumérés à la section 5 du présent formulaire.
- Vous n'avez pas reçu d'aide financière au titre des frais de déplacement au cours des 12 derniers mois.
- Vos frais de voyage médical ne sont pas couverts par un tiers partie.

### Section 2 – Documents à envoyer

- Un formulaire de demande signé et complété. Si vous ne remplissez pas toutes les sections requises, votre demande sera retardée.
- Signature d'un professionnel de la santé (section 4 du présent formulaire).
- Un formulaire d'inscription au système de transfert électronique de fonds (section 7 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 sur votre compte bancaire.
- Si le dépôt automatique n'est pas possible ou n'est pas souhaité, un chèque vous sera envoyé à la place.



### 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 – Information sur la santé de la personne atteinte

À remplir par un membre de l'équipe soignante (oncologue, infirmière, travailleur social)

Le patient se rendra dans un hôpital ou un centre de cancérologie pour y suivre un traitement actif contre le cancer.

Oui  Non

Date du début des traitements : (JJ/MM/AAAA)

Date de fin des traitements, si connue : (JJ/MM/AAAA)

Lieux où sont donnés les traitements (nom de l'hôpital ou de la clinique) :

#### Divulgence de renseignements personnels

En cochant cette case, je confirme avoir obtenu le consentement de la personne atteinte afin de soumettre cette recommandation en son nom à la Société canadienne du cancer (SCC). Je reconnais avoir informé la personne atteinte que la SCC pourrait communiquer directement avec elle au sujet de cette demande. J'ai expliqué à la personne atteinte le but de la divulgation des renseignements et avisé la personne atteinte que la SCC pourrait utiliser ces informations pour communiquer directement avec le fournisseur/la fournisseuse de soins de santé référent/référente. J'ai informé la personne atteinte que la SCC gardera toutes les informations confidentielles et ne les utilisera qu'aux fins décrites ci-dessous.

**Section 4 – Information sur la santé de la personne atteinte - suite***À remplir par un membre de l'équipe soignante (oncologue, infirmière, travailleur social)*

La personne atteinte doit être avisée que la SCC recueille des renseignements afin de gérer sa participation au programme, l'informer sur d'autres services et la contacter pour la tenir au courant de l'impact de ses actions, des moyens de soutenir la SCC ou de faire un don. La SCC peut également utiliser ses renseignements à des fins d'évaluation du programme et d'assurance qualité. Elle 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 pour les fins indiquées ci-dessus, ou comme exigé par la loi.

La SCC peut la contacter par la poste, par courriel, par téléphone ou par message texte. La personne atteinte peut exercer son droit d'accéder à ses renseignements, demander des modifications, se désabonner des communications ou retirer son consentement en appelant au **1-888-939-3333** ou en envoyant un courriel à [privacy@cancer.ca](mailto:privacy@cancer.ca)

*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 la professionnelle de la santé :

**X**

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

**Section 5 – Revenu du ménage**

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

**Remarque** : Le revenu de toute personne indépendante (de moins de 25 ans) vivant avec vous ne doit pas être pris en compte dans le total du ménage.

- Le revenu annuel brut de mon ménage est inférieur à 40 000 dollars.
- Le revenu annuel brut de mon ménage est compris entre 40 000 et 80 000 dollars.

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

**Section 6 – Consentement et signature de la personne atteinte**

À remplir par la personne atteinte ou son aidant/aidante.

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 [AideFinanciere@cancer.ca](mailto:AideFinanciere@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*

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*

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)

Pour soumettre une demande **par courriel**, envoyez le formulaire dûment rempli à :  
[AideFinanciere@cancer.ca](mailto:AideFinanciere@cancer.ca)

Pour soumettre une demande **par la poste**, envoyez le formulaire dûment rempli à l'adresse :

*Société canadienne du cancer*  
*Fonds pour le transport aux traitements*  
*5151, boulevard de l'Assomption, Montréal, QC H1T 4A9*

## Section 7 - Formulaire d'inscription au transfert électronique de fonds

Veillez 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> (Veillez 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.

## **Ressources supplémentaires :**

### **Parlez à un ou une spécialiste en information sur le cancer (1-888-939-3333)**



Comprendre le cancer n'est pas chose facile et faire face à la maladie peut occasionner du stress. Il est bon de savoir que vous pouvez parler à une personne de confiance, en mesure de vous fournir des renseignements fiables et à jour. Notre Ligne d'aide et d'information sur le cancer est un service national et gratuit à l'intention des personnes atteintes de cancer, de leurs aidants, famille et amis, ainsi que du grand public et des professionnels de la santé.

### **Services gratuits de prothèses capillaires et mammaires**



Tous les Canadiens, peu importe où ils vivent, peuvent avoir accès gratuitement à des prothèses capillaires ainsi qu'à des accessoires mammaires au moyen d'un simple appel ou d'un simple clic.

Pour commander une prothèse capillaire ou un accessoire mammaire, consultez le site : <https://cancer.ca/fr/living-with-cancer/how-we-can-help/wig-and-breast-prosthesis-service>

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire de commande, appelez la Ligne d'aide et d'information sur le cancer.

### **Trouvez des services dans votre communauté**



Notre répertoire des services à la communauté est un outil conçu pour aider les personnes touchées par le cancer, leurs aidants et les professionnels de la santé à trouver les services dont ils ont besoin. Le répertoire recense plus de 4000 services liés au cancer.

Pour explorer le répertoire des services à la communauté, consultez le site : [csl.cancer.ca/fr](http://csl.cancer.ca/fr)

### **Joignez-vous gratuitement à notre communauté en ligne**



Notre communauté de soutien en ligne est là pour vous aider. Vous y trouverez des personnes qui sont passées par là, qui peuvent vous offrir du soutien, et qui sont en mesure de vous prodiguer des conseils et de partager des idées sur ce qu'ils ont vécu. L'adhésion à cette communauté est gratuite et ouverte aux personnes âgées de 18 ans et plus.

Pour découvrir la communauté et vous y inscrire, rendez-vous sur le site : [www.parlonscancer.ca](http://www.parlonscancer.ca)