

## Formulaire de demande au Fonds pour le transport aux traitements

### 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**.

### 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.
- Si vous habitez en Colombie-Britannique, en Ontario, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard ou en Nouvelle-Écosse et résidez à plus de 200 km (trajet simple) de votre lieu de traitement, vous êtes admissible, peu importe le nombre de rendez-vous que vous avez.
- Si vous habitez en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba ou en Ontario, vous devez aussi vivre dans une région soutenue par le Fonds pour le transport aux traitements. Pour savoir si vous vivez dans l'une de ces régions, veuillez communiquer avec nous.
- Si vous habitez en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba ou en Ontario et que votre demande au Fonds pour le transport aux traitements est approuvée, vous ne pourrez pas avoir accès au programme de transport offert par des chauffeurs bénévoles pendant une période d'un an.

## Section 2 – Documents à envoyer

1. Un **exemplaire de ce formulaire de demande**, incluant la section 8 (Formulaire d'inscription au dépôt direct), dûment rempli et signé. Si vous ne remplissez pas toutes les sections, le traitement de votre demande sera 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 et plus, vivant sous votre toit.
3. Un **chèque annulé** ou les informations fournies par votre institution financière, relatives au dépôt direct, avec le nom et les coordonnées bancaires du titulaire du compte.

## 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 30 000 \$.
- Une unité familiale de 2 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 37 000 \$.
- Une unité familiale de 3 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 44 500 \$.
- Une unité familiale de 4 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 53 500 \$.
- Une unité familiale de 5 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 60 000 \$.
- Une unité familiale de 6 personnes dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 67 500 \$.
- Une unité familiale de 7 personnes ou plus dont le revenu annuel brut combiné est inférieur à 74 500 \$.
  
- Je suis prestataire de l'aide sociale (aide financière de dernier recours).

| <b>Section 4 – Vos coordonnées</b> |  |             |
|------------------------------------|--|-------------|
| 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<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |             |
| Numéro de téléphone cellulaire     | Autorisation de laisser un message vocal au numéro de téléphone cellulaire<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |             |
| Courriel                           |  |             |

| <b>Section 5 – Information sur la santé du patient<br/>(Cette section doit être remplie par un professionnel de la santé.)</b>                  |  |
|---|--|
| 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<br><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)   | <b>Signature du professionnel de la santé</b><br><br><b>X</b><br><br>J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts. |

## 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 et m'engage à notifier rapidement la SCC de tout changement à mes renseignements bancaires.

### Envoi de 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 (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)**

**Section 7 – Adresses d’envoi de la demande**

| <b>Province de résidence</b>  | <b>Veillez retourner ce formulaire et les documents connexes par la poste, télécopieur ou courriel à :</b>   |
|---|--|
| Colombie-Britannique<br>Alberta<br>Saskatchewan<br>Manitoba<br>Ontario<br>Nouveau-Brunswick<br>Île-du-Prince-Édouard<br>Nouvelle-Écosse | Société canadienne du cancer c/o Hôpital Juravinski<br>Fonds pour le transport aux traitements<br>711, rue Concession, Hamilton, ON L8V 1C3<br>Téléphone : 1 888 939-3333<br>Télécopieur : 1 866 263-6757<br>Courriel : <a href="mailto:transportation@cancer.ca">transportation@cancer.ca</a> |
| Québec  | Société canadienne du cancer<br>Fonds pour le transport aux traitements<br>5151, boulevard de l'Assomption, Montréal, QC H1T 4A9<br>Téléphone: 1 888 939-3333<br>Télécopieur : 514 255-2808<br>Courriel : <a href="mailto:aidefinanciere@cancer.ca">aidefinanciere@cancer.ca</a>               |



| RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| Nom                                | Numéro de téléphone |
| Adresse postale                    |                     |
| Adresse électronique               |                     |

| RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 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)  |                                      |
| <b>Veillez joindre</b> 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. |                                      |

| AUTORISATION   |              |
|--|--------------|
| <b>Si vous soumettez le formulaire par courriel</b>  |              |
| 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. |              |
| 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"/> <b>Oui</b>        |              |
| 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.   |              |
| J'autorise la Société canadienne du cancer à déposer un crédit ACH dans le compte bancaire indiqué sur ce formulaire.  |              |
| <b>Signature</b> : (Veillez taper votre nom ici si vous signez électroniquement)   | <b>Date:</b> |

*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.*