

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 Colombie-Britannique, 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.
- Si votre voyage est couvert par la Subvention de voyage du Programme de santé du Nord de l'Ontario ou si vous êtes bénéficiaire de tout autre programme d'aide sociale, vous n'êtes pas admissible au Fonds pour le traitement des voyages.

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. Le plus récent **AVIS DE COTISATION** de l'Agence du revenu du Canada ou du Québec pour tous les membres de l'unité familiale de plus de 18 ans (Téléphone de l'Agence du revenu du Canada: 1 800-959-7383)
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. Si vous n'avez pas reçu le formulaire de notre part ou si vous avez des questions sur la façon de le remplir, veuillez communiquer avec nous.
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)	Signature du professionnel de la santé X 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

Province de résidence	Veillez retourner ce formulaire et les documents connexes par la poste, télécopieur ou courriel à :
Colombie-Britannique Alberta Manitoba Saskatchewan	Société canadienne du cancer Fonds pour le transport aux traitements 325, chemin Manning NE, bureau 200, Calgary, AB T2E 2P5 Téléphone : 1 888 939-3333 Télécopieur : 1 866 263-6757 Courriel : transportation@cancer.ca
Ontario Nouveau-Brunswick Île-du-Prince-Édouard Nouvelle-Écosse	Société canadienne du cancer Fonds pour le transport aux traitements 1550, rue Upper James, bureau 300, Hamilton, ON L9B 2L6 Téléphone : 1 888 939-3333 Télécopieur : 1 866 263-6757 Courriel : transportation@cancer.ca
Québec	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