

Fonds pour le transport aux traitements Formulaire de demande EN LIGNE

Formulaire A : Distance parcourue de moins de 25 km

Consentement requis : Ce formulaire de demande doit uniquement être rempli par la personne atteinte de cancer, son proche aidant/sa proche aidante ou un/une membre du personnel de l'hôpital ou de la clinique prodiguant les soins. Les renseignements de la personne atteinte peuvent seulement être transmis si celle-ci ou son représentant autorisé/sa représentante autorisée a consenti à les transmettre à la Société canadienne du cancer (SCC).

Vue d'ensemble

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. Notre Fonds pour le transport aux traitements peut vous aider à payer une partie de vos frais de déplacement.

Si votre admissibilité au Fonds pour le transport aux traitements est vérifiée, vous serez admissible à un versement ponctuel pour l'année. Vous pouvez appliquer de nouveau après 1 an si vous êtes toujours en traitement actif. Vous recevrez un chèque directement à l'adresse fournie dans ce formulaire de demande.

Introduction

Avant de commencer à remplir ce formulaire en ligne, vérifiez ce qui suit :

- 1) Numéro d'identification de BC Cancer : Obtenez cette information auprès de votre professionnel/professionnelle de la santé.
- 2) Critère d'admissibilité : Ce formulaire est réservé aux personnes atteintes qui doivent parcourir moins de 25 km pour se rendre à leurs rendez-vous liés au cancer.

Remarque : Si vous avez moins de 25 km à parcourir, vous n'avez pas besoin de la signature d'un professionnel/d'une professionnelle de la santé pour remplir ce formulaire.

Si vous avez 25 km ou plus à parcourir, [cliquez ici pour télécharger le formulaire B.](#)

Si vous avez des questions au sujet de ce formulaire ou des renseignements que vous devez fournir, appelez le **1 888 939-3333**.

Nous sommes là pour vous aider.



Section 1 – Critères d'admissibilité

- Vous avez reçu un diagnostic de cancer.
- Vous **recevez actuellement des traitements contre le cancer** ou vous **avez reçu des traitements contre le cancer** qui se sont terminés le 1^{er} avril 2023 ou après cette date.
- Il n'y a pas de nombre de rendez-vous de traitement minimal pour être admissible.
- Le revenu de votre ménage et la distance que vous avez à parcourir répondent aux critères énoncés dans la section 4 de ce formulaire.
- Si vous êtes prestataire du programme BC Employment and Assistance, vous pouvez quand même présenter une demande au Fonds pour le transport aux traitements.
- Vous n'avez pas reçu d'aide financière du Fonds pour le transport aux traitements dans les 12 derniers mois.

Section 2 – Vos coordonnées

Prénom	Nom
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 de résidence	Ville
Province	Code postal
Adresse postale (si différente) <i>Veillez inclure la boîte postale, le numéro d'appartement, le numéro de bureau, etc.</i>	
Adresse courriel	



Section 3 – Revenu du ménage

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

- Revenu de 29 999 \$ ou moins par année, et je parcours plus de 25 km (trajet simple)
- Revenu entre 30 000 \$ et 79 999 \$ par année, et je parcours moins de 25 km (trajet simple)
- Revenu de 80 000 \$ ou plus par année, et je parcours plus de 25 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 4 – 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

Le service de transport aérien de Vols d'espoir a-t-il organisé des déplacements (vols) pour vous après le 2 octobre 2023?

- Oui Non

Section 5 – Renseignements de santé

Numéro d'identification de BC Cancer

Hôpital ou centre de traitement contre le cancer prodiguant les soins

Avez-vous reçu ou recevrez-vous des traitements le 1^{er} avril 2023 ou après cette date?

- Oui Non

Section 6 – Greffe de moelle osseuse

Avez-vous reçu ou recevrez-vous une greffe de moelle osseuse?

- Oui Non

Si oui, veuillez indiquer la date de la greffe de moelle osseuse :

Nom de la clinique où vous avez reçu ou recevrez la greffe :

Type de greffe de moelle osseuse reçue :

- Autogreffe de cellules souches Allogreffe de cellules souches

Section 7 – Notre politique de confidentialité

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, dont Vols d'espoir, à l'intérieur ou à l'extérieur de la Colombie-Britannique 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 pouvons 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.

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, visitez www.cancer.ca/politique.

Section 8 – Consentement et signature de la personne atteinte

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

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.

Si vous transmettez la demande par courriel : Je comprends que l'envoi de courriels n'est pas le mode de communication le plus sûr.

Je consens à envoyer et à recevoir des communications par courriel qui comprennent des renseignements médicaux personnels.

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.

Nom complet de la personne atteinte ou de l'aidant/aidante

Date

X