



## Fonds pour le transport aux traitements

### Formulaire B : Demande par courriel ou par la poste

**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.

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 conclus le 1<sup>er</sup> 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 – Documents à envoyer

- Remplissez et signez ce formulaire de demande.
- Si vous devez parcourir **25 km ou moins** (trajet simple), veuillez remplir la section 6. Vous n'avez pas à remplir la section 8 (signature du professionnel/de la professionnelle de la santé) pour cette distance parcourue.
- Si vous devez parcourir **plus de 25 km** (trajet simple), veuillez remplir les sections 6 et 8. Vous devez obtenir la signature du professionnel/de la professionnelle de la santé pour cette distance parcourue.
- Faites signer le formulaire à votre prochain rendez-vous prévu. **Ne planifiez pas de rendez-vous dans le but exprès de faire signer ce formulaire.**
- Vous n'avez pas à soumettre des détails sur votre situation financière ou des reçus.

Pour transmettre votre demande par courriel, écrivez à l'adresse suivante : [BCTravelFund@cancer.ca](mailto:BCTravelFund@cancer.ca)

Pour transmettre votre demande par la poste, écrivez à l'adresse suivante :

Société canadienne du cancer - À l'attention de : Fonds pour le transport aux traitements  
575, 10<sup>e</sup> Avenue Ouest,  
Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 4C3

## Section 3 – 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>Veuillez inclure la boîte postale, le numéro d'appartement, le numéro de bureau, etc.</i>	
Adresse courriel	



## Section 4 – Revenu du ménage

Veillez cocher la case qui correspond à la situation financière **actuelle** de votre ménage (sans compter le revenu potentiel des enfants qui pourraient résider avec vous).

- Revenu de 29 999 \$ ou moins par année (pas de distance parcourue minimale)
- Revenu situé entre 30 000 \$ et 79 999 \$ par année (pas de distance parcourue minimale)
- Revenu situé entre 80 000 \$ et 99 999 \$ par année, et distance parcourue de plus de 25 km (trajet simple)
- Revenu entre 100 000 \$ et 150 000 \$ par année, et distance parcourue de plus de 100 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 5 – 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 6 – 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<sup>er</sup> avril 2023 ou après cette date?

- Oui
- Non



## Section 7 – 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 vous recevrez la greffe :

Type de greffe de moelle osseuse reçue :

- Autogreffe de cellules souches       Allogreffe de cellules souches

## Section 8 – Signature du professionnel/de la professionnelle de la santé

*(Requise uniquement si vous parcourez plus de 25 km)*

Nom et 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 que les renseignements fournis ci-dessus sont  
exacts.

## Section 9 – 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 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 [BCTravelFund@cancer.ca](mailto:BCTravelFund@cancer.ca).

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de confidentialité, visitez [www.cancer.ca/politique](http://www.cancer.ca/politique).

## Section 10 – 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.

Signature

Date

X