

**FORMULAIRE 2017 DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
POUR DES SÉQUELLES PHYSIQUES ET/OU PSYCHOLOGIQUES
À LA SUITE D'UN CANCER PÉDIATRIQUE**

Ce formulaire et les documents requis en appui à la demande doivent parvenir d'ici le 18 août par courriel ou courrier à l'adresse suivante :

**Centre d'information Leucan
CHU Sainte-Justine
3175 Côte-Sainte-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1C5**

Ou à patrick.cossette2@leucan.qc.ca

Veillez consulter le guide de référence pour vous aider

SECTION IDENTIFICATION			
Nom et prénom de celui/celle pour qui la demande est faite	NOM :	Date de naissance : / /	
	PRÉNOM :	JOUR / MOIS / ANNÉE	
Nom et prénom du parent ou tuteur si le demandeur est mineur	NOM :	Ce parent ou tuteur est le responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>	
	PRÉNOM :		
Coordonnées du demandeur ou du parent / tuteur si le demandeur est d'âge mineur			
Adresse (no civique et rue)		App. :	Ville :
Code postal :		Courriel :	
Téléphone :	Rés. :	Travail :	Autre :

Information complémentaire sur le diagnostic	
Date du diagnostic :	Diagnostic :
Hôpital :	Date de la fin du traitement
Date de la dernière visite de suivi :	Nom du médecin traitant pendant les traitements :

SECTION 1

DOIT ÊTRE REMPLIE ET SIGNÉE DE PRÉFÉRENCE PAR L'ONCOLOGUE OU SINON LE MÉDECIN DE FAMILLE.

IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE FAIRE REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS AVEZ SOUMIS UNE DEMANDE DANS LES DEUX DERNIÈRES ANNÉES.

1. Décrire la (les) séquelle(s) nécessitant un soutien financier et établir le lien de causalité entre les traitements du cancer et la (les) séquelle(s) :

2. Décrire l'effet de la (les) séquelle(s) sur la santé et la qualité de vie :

Nom :

Signature :

Date :

Tél. :

Courriel:

SECTION 2.1. : PREMIER ESTIMÉ

DOIT ÊTRE REMPLI ET SIGNÉ PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (OU AUTRE PERSONNE QUALIFIÉE) APPROCHÉ(E) POUR DISPENSER LES SOINS/SERVICES

1. Nature du traitement/service (inclure une description et la fréquence):

2. Coût total du traitement/service (comprenant les taxes) et s'il y a lieu, le coût de l'estimation:

3. Modalités de paiement demandées (nombres et montants) :

Nom et profession:

Signature :

Date :

Tél. :

Courriel:

SECTION 2.2. : DEUXIÈME ESTIMÉ

DOIT ÊTRE REMPLI ET SIGNÉ PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (OU AUTRE PERSONNE QUALIFIÉE) APPROCHÉ(E) POUR DISPENSER LES SOINS/SERVICES

1. Nature du traitement/service (inclure une description et la fréquence):

2. Coût total du traitement/service (comprenant les taxes) et s'il y a lieu, le coût de l'estimation:

3. Modalités de paiement demandées (nombres et montants) :

Nom et profession:

Signature :

Date :

Tél. :

Courriel:

La bourse peut couvrir plus d'un traitement ou service. Veuillez faire remplir les sections 2.1 et 2.2. (estimés) pour chacun d'entre eux.

N. B. Veuillez annexer toute la documentation nécessaire en appui à votre demande de soutien financier (voir liste ci-après). Un dossier incomplet ne sera pas déposé pour analyse.

MONTANT FINAL DE LA DEMANDE

Contribution volontaire :

Leucan souhaite répartir le plus équitablement possible le budget de 30 000 \$ consacré au Fonds d'aide aux séquelles 2017 et en maximiser sa portée. Si vous êtes en mesure de contribuer financièrement à une partie des coûts du service, indiquez de quel ordre votre apport pourrait être, soit en dollars ou en pourcentage : _____

Je demande une bourse totale au montant de : _____ \$

Signature du demandeur, parent ou tuteur : _____

Date : _____

Veuillez prendre note que :

1. Leucan se réserve la prérogative de rembourser les estimés, indépendamment du fait qu'une bourse soit accordée ou non.
2. Leucan se réserve le droit d'attribuer le(s) montant(s) demandé(s) en totalité ou en partie et n'est pas tenue d'expliquer ses décisions

Section est réservée à l'administration de Leucan	
Date réception :	Notes :

IMPORTANT

**Avant de transmettre ce formulaire,
assurez-vous que le dossier soit complet.**

Section 1 : remplie et signée par l'oncologue ou le médecin de famille

Sections 2.1 et 2.2 : remplies et signées par le professionnel identifié selon la nature de la demande

SÉQUELLES ÉVENTUELLES LIÉES AU CANCER OU AUX TRAITEMENTS

Voici une liste des séquelles physiques et psychologiques considérées pour l'octroi de l'aide financière en vertu de ce programme.

Pour les séquelles physiques

- Troubles auditifs ou visuels : besoins d'appareils auditifs ou visuels spécialisés;
- Besoins esthétiques et chirurgies spéciales;
- Besoins en soins dentaires;
- Troubles orthopédiques : besoins de prothèses spéciales/orthèses;
- Douleur chronique : modalités pour le soulagement de la douleur chronique : physiothérapie, psychothérapie, ostéopathie, drainage lymphatique;
- Besoin d'un suivi en entraînement physique.

Pour les séquelles psychologiques

- Besoins de suivi psychologique au privé : psychologue, travailleur social, sexologue, ou tout membre d'un ordre professionnel pertinent (selon le type de thérapie proposée).

* Note : Les frais pour un psychiatre sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Pour les troubles d'apprentissage

- Besoins de services spécialisés pour problèmes scolaires ou troubles d'apprentissage, évaluation et suivi en neuropsychologie, orthopédagogie, orthophonie, orientation scolaire, conseiller pédagogique, etc;
- Besoin de matériel adapté : ordinateur, etc.

Documents requis pour toutes les demandes :

- Identification du demandeur et du diagnostic
- Section 1 : recommandation d'un médecin. (pas nécessaire si vous avez fait une demande en 2015 ou 2016 pour les soins).
- Section 2: deux estimés.
- Une preuve écrite que le service ne peut être offert (ou du moins que partiellement) par les services publics locaux (l'école, le CLSC, etc.), lorsque possible.
- Dans le cas de radiothérapie, une copie du plan de traitement du radio-oncologue précisant le champ d'irradiation et la dose de radiation reçue.

Documents spécifiques à ajouter :

Pour les séquelles physiques

TYPE	DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS REQUIS EN APPUI À LA DEMANDE
<ul style="list-style-type: none">Besoins en soins dentaires	<ul style="list-style-type: none">Copie de la consultation d'évaluation initiale du dentiste lors du diagnosticDeux soumissions avec plan de traitement et photos présentant l'état actuel de la dentition

Pour les séquelles psychologiques

Note : Les frais pour un psychiatre sont couverts par la RAMQ.

Pour les troubles d'apprentissage

TYPE	DOCUMENTS REQUIS EN APPUI À LA DEMANDE
<ul style="list-style-type: none">Besoins de services spécialisés pour problèmes scolaires ou troubles d'apprentissage, évaluation et suivi en neuropsychologie, orthopédagogie, orthophonie, orientation scolaire, conseiller pédagogique, etc. Plan d'intervention pour besoins d'adaptation scolaire.	<ul style="list-style-type: none">Plan d'intervention pour besoins d'adaptation scolaire
<ul style="list-style-type: none">Besoins d'un matériel adapté : ordinateur, etc.	<ul style="list-style-type: none">Recommandation d'un spécialiste expliquant pourquoi et quel matériel devrait être requisConfirmation de l'école que le matériel pourra être utilisé et que l'élève sera soutenu par une ressource de l'école dans l'utilisation de ces équipementsDeux soumissions pour des appareils similaires, comprenant la liste des logiciels nécessaires au besoin mentionné