

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
POUR DES SÉQUELLES PHYSIQUES, PSYCHOLOGIQUES
ET/OU D'ADAPTATION SCOLAIRE
OU D'ORIENTATION SCOLAIRE/PROFESSIONNELLE
À LA SUITE D'UN CANCER PÉDIATRIQUE**

Ce formulaire et les documents requis en appui à la demande doivent parvenir par courrier, courriel ou télécopieur :

**Centre d'information Leucan
CHU Sainte-Justine
3175 Côte-Sainte-Catherine, local B1246
Montréal, Québec, H3T 1C5
patrick.cossette2@leucan.qc.ca
Télécopieur : 514 345-7774**

IMPORTANT : Avant de compléter ce formulaire, veuillez consulter le guide de référence pour connaître toutes les modalités et les autres documents requis.

SECTION IDENTIFICATION		
Nom et prénom de la personne 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 : PRÉNOM :	Ce parent ou tuteur est le responsable de l'enfant <input type="checkbox"/>
Coordonnées du demandeur ou du parent / tuteur si le demandeur est d'âge mineur		
Adresse (no et rue) :	App. :	Ville :
Code postal :	Courriel :	
Téléphone résidentiel :	Travail :	Cellulaire :

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) séquelles(s) :

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

Nom :

Signature :

Date :

Tél. :

Courriel:

SECTION 2.1. : PREMIÈRE ESTIMATION

DOIT ÊTRE REMPLIE ET SIGNÉE PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (OU TOUTE AUTRE PERSONNE QUALIFIÉE) APPROCHÉ POUR DISPENSER LES SOINS/SERVICES.
L'INTERVENANT PEUT ÉGALEMENT PRODUIRE ET SIGNER SON ESTIMATION EN FOURNISSANT LES RENSEIGNEMENTS CI-JOINTS DANS UN DOCUMENT ANNEXÉ À CE FORMULAIRE.

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

2. Coût total du traitement/service (comprenant les taxes) :

Si cette estimation vous a été facturée pour être produite, préciser le montant: _____ \$

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

Nom et profession:

Signature :

Date :

Tél. :

Courriel:

SECTION 2.2. : DEUXIÈME ESTIMATION

DOIT ÊTRE REMPLIE ET SIGNÉE PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (OU TOUTE AUTRE PERSONNE QUALIFIÉE) APPROCHÉ 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) :

Si cette estimation vous a été facturée pour être produite, préciser le montant: _____ \$

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

Nom et profession:	Signature :	Date :	Tél. : Courriel:
---------------------------	--------------------	---------------	-----------------------------------

SECTION 3. : FRAIS DE DÉPLACEMENT (il faut vérifier d'abord si vous êtes admissible en vertu des conditions décrites dans le guide de référence du programme)

DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ PAR LE PLAN DE TRAITEMENT DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ QUI DISPENSERA LES SOINS/SERVICES.

1. Si ce n'est pas un service déjà décrit dans votre estimé pour lequel vous demandez une bourse (sections précédentes 2.1. et 2.2.), veuillez décrire les soins pour lesquels vous devez vous déplacer :

2. Nom et/ou adresse de l'établissement/local où se dérouleront les soins :

3. Inscrire les dates déjà fixées des rendez-vous :

4. Cocher le moyen de transport :

Automobile

Taxi (seulement s'il n'est pas possible d'utiliser l'automobile)

Tarif du stationnement: _____ \$ Coût estimé d'un aller-retour en taxi: _____ \$

- À partir de ces renseignements, Leucan vous informera du tarif pour un déplacement en automobile selon le kilométrage calculé par l'application Google Maps.
- Dès que de nouvelles dates de rendez-vous se confirment, prière de nous en aviser. Leucan se réserve le droit de communiquer directement avec le professionnel.

La bourse peut couvrir plus d'un traitement ou service. Veuillez faire remplir les sections 2.1 et 2.2. (Estimations) ou 3. pour chacun d'entre eux.

N. B. Veuillez annexer toute la documentation nécessaire en appui à votre demande de soutien financier (voir guide de référence). 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 consacré au Fonds d'aide aux séquelles 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 :

Excluant le tarif pour déplacement automobile qui me sera communiqué ultérieurement, je demande une bourse totale (ou un remboursement) au montant de : _____ \$

Veuillez cocher si votre demande est urgente et doit être traitée dans les plus brefs délais

Signature du demandeur, parent ou tuteur : _____

Date : _____

Veuillez prendre note que :

1. Leucan se réserve le droit de réclamer tout document additionnel permettant de mieux analyser une demande
2. Leucan se réserve la prérogative de rembourser les estimations, indépendamment du fait qu'une bourse soit accordée ou non.
3. 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.
4. Leucan se réserve le droit de consulter un comité aviseur avant de rendre sa décision.

IMPORTANT

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

Obligatoire pour toutes les demandes dans ce formulaire :

- Identification du demandeur et du diagnostic;
- Section 1 : recommandation signée d'un médecin (sauf si une demande de bourse a été faite durant les deux années précédentes);
- Sections 2 : deux estimations signées (description des soins/services et des coûts)
- Signature, montant final demandé et date

Autres documents requis : Voir le guide de référence