



Fondation contre
le Cancer du Sein

Kelly Shires

Breast Cancer
Foundation

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE - Révision du 1 mai 2009

(les demandes doivent être complétées entièrement et accompagnées de **TOUS** les documents requis afin d'être présentées au comité d'approbation)

Date de la demande: _____

PARLEZ-NOUS DE VOUS:

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____ Apt : _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Adresse courriel: _____

Tél domicile : (_____) _____ Travail/Cell: (_____) _____

Citoyen Canadien: OUI ___ NON ___ Immigrant Reçu: OUI ___ NON ___ AUTRE(expliquez): _____

Statut marital: _____ Nombre de dépendants et age: _____

Nombre de personnes vivant à cette adresse (total incluant dépendants et non-dépendants) : _____

AIDEZ-NOUS À COMPRENDRE VOTRE SITUATION:

Date du diagnostic du cancer du sein _____ Type _____

Centre de soins (Nom de l'hôpital): _____

Traitements reçus à date: _____

Traitements encore requis: _____

Médecin de famille: _____ Téléphone: (_____) _____

Docteur en oncologie: _____ Téléphone : (_____) _____

Intervenante sociale : _____ Téléphone : (_____) _____

AIDEZ-NOUS À COMPRENDRE VOTRE SITUATION FINANCIÈRE :

Recevez-vous de l'aide financière du gouvernement ou d'autres institutions?: OUI _____ NON _____

Si oui, veuillez expliquer: _____

Travaillez-vous?: OUI _____ NON _____ Si NON date du dernier jour d'emploi : _____

Si oui, veuillez nous indiquer si c'est à temps plein ou temps partiel : _____

Votre revenu net mensuel \$: _____ Revenu net mensuel du conjoint: \$ _____

Revenu net total mensuel familiale:

\$ _____

Hypothèque mensuel/Loyer mensuel \$ _____

Épicerie/nourriture \$ _____

Câble/téléphone/Internet \$ _____

Charges Hydro/Eau/Gaz \$ _____

Frais d'auto/ emprunt \$ _____

Emprunt(s) divers \$ _____

Assurances \$ _____

Autre \$ _____

Total dépenses: \$ _____

Total revenu \$ _____

Moins dépenses \$ _____

Surplus/perte net \$ _____

Veillez inclure tout autre revenu de votre foyer comme une pension invalidité, le revenu du conjoint ou conjoint de fait, le revenu d'un loyer, etc. Veillez nous indiquer si d'autres informations vous concernant seraient pertinentes. Aussi veuillez expliquer si vous avez indiqué une somme dans la catégorie "autre":

VOTRE ÉQUIPE MÉDICALE

(S'il-vous-plaît, demandez à votre médecin / infirmière / aide social, etc. de remplir cette section)

Diagnostique médical & commentaire

J'ai lu et compris cette demande, et confirme que la/le récipiendaire est actuellement en traitement pour un cancer du sein et est en besoin d'assistance financière.

Signature médicale ou infirmière ou travailleuse sociale

Veillez, SVP, inscrire votre nom et position en lettres moulées ainsi que votre # de téléphone et poste

SIGNATURE

(La personne qui soumet la présente demande doit la signer afin d'autoriser l'accès aux informations confidentielles)

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes. Je reconnais que ce document et son contenu devra servir exclusivement à la création de mon dossier afin que la Fondation Kelly Shires puisse me venir en aide financièrement.

(signature de la/du récipiendaire)

AIDEZ-NOUS À MIEUX SERVIR LA COMMUNAUTÉ

Comment avez-vous connu notre fondation? _____

Commentaire ou
suggestion? _____

Fondation Kelly Shires contre le Cancer du Sein
5875, rue Boyer - Apt 1
Montréal, QC. H2S 2H8

Téléphone: Montréal: 514-396-7377

Québec: 418-686-5578

SANS FRAIS: 1-866-717-7773

Courriel: info@randonneedesneiges.org

www.kellyshiresfoundation.org

www.randonneedesneiges.org

“AIDE FINANCIÈRE AUX FEMMES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN”

VEUILLEZ NOTER QUE LES 5 (CINQ) PAGES DE CE FORMULAIRE DOIVENT ÊTRE REMPLIES ENTIÈREMENT ET UNIQUEMENT POSTÉ (PAS DE DEMANDE PAR FAX) AFIN D'ÊTRE ADMISSIBLE

VEUILLEZ NOUS INDIQUER COMMENT LA FONDATION KELLY SHIRES PEUT VOUS VENIR EN AIDE?

Notre but est de vous aider financièrement afin de vous permettre de vous concentrer sur votre convalescence

Veillez détailler les montants que vous nous demandez (n'oubliez pas d'inclure les reçus originaux et non des copies, surtout pour la pharmacie)

Item #1	_____	\$	_____
Item #2	_____	\$	_____
Item #3	_____	\$	_____
Item #4	_____	\$	_____
Item #5	_____	\$	_____
Item #6	_____	\$	_____
Item #7	_____	\$	_____
Item #8	_____	\$	_____
Item #9	_____	\$	_____
Item #10	_____	\$	_____

_____ \$ **Total du montant demandé :**

Notez : Le montant maximum qui pourra être approuvé par demande est de 1,000\$. Veuillez aussi noter que certains items ont un « maximum » que nous pouvons allouer (veuillez vous référer à nos critères). Les surplus NE SERONT PAS reportés sur une future demande (certaines exceptions peuvent néanmoins s'appliquer)

FORMULAIRE OBLIGATOIRE

À inclure à votre demande d'aide financière

Nous comprenons que la vie peut vous paraître difficile en ce moment et nous voulons que cette demande d'aide financière vous paraisse le plus simple possible afin de vous venir en aide au plus vite. C'est pour cela qu'il est important que vous compreniez qu'il est **OBLIGATOIRE** que **TOUS** les documents soient inclus avec votre demande. Afin que nous puissions prendre en compte votre demande d'aide financière et ainsi la soumettre au comité d'approbation au plus vite, il faut nous envoyer tout ce qui est demandé. **Une demande incomplète sera mise de côté en attendant de recevoir tous les documents.**

Pour pouvoir établir votre besoin d'aide financière, vous devez nous soumettre:

- ✓ Votre déclaration de revenus en cours (le comité se réserve le droit de vous demander de nous fournir les déclarations des années précédentes, si nécessaire)
- ✓ Les reçus (et/ou devis/estimé) **DOIVENT** être inclus pour tout montant demandé
- ✓ La preuve de votre citoyenneté/immigrante reçue en nous fournissant soit une copie de votre passeport/carte d'immigration/baptistaire/certificat de naissance. **Sans l'un de ces documents, votre demande ne sera pas prise en compte.**
- ✓ Les demandes comprenant une aide financière pour le loyer/hypothèque **DOIVENT** soumettre preuve du montant requis
- ✓ Chaque demande **DOIT OBLIGATOIREMENT** inclure une chose liée directement au traitement du diagnostic de son cancer du sein

Tous les renseignements personnels sont protégés par la loi canadienne sur la protection des renseignements

Veillez noter que s'il nous manque un document requis, cela ne fera que retarder votre aide possible financière et nous vous retournerons votre dossier afin de le compléter

VEUILLEZ INCLURE OBLIGATOIREMENT LES DOCUMENTS CI-DESSOUS:

- _____ Rapport Médicale stipulant votre diagnostic de cancer du sein
- _____ Déclaration complète de Revenu Québec et Revenu Fédérale pour vous et conjoint
- _____ Déclaration de revenus en cours pour vous et votre conjoint (si ceci s'applique)
- _____ Preuve de citoyenneté ou d'immigrant(e) reçu(e) (copie d'un document cité ci-dessus)
- _____ Preuve d'autres ressources/revenus
- _____ Reçus/Devis/Estimé (**ORIGINAUX**)
- _____ Hypothèque/Bail (document montrant la somme demandé)
- _____ Formulaire signé par votre médecin/oncologue/infirmière pivot/assistante sociale
- _____ Formulaire signé par vous-même