



**AIDE FINANCIERE POUR LES CASQUE RÉFRIGÉRANTS EN COLLABORATION
AVEC COLD CROWNS**

FORMULAIRE DE DEMANDE

En collaboration avec Cold Crowns, les patientes atteintes d'un cancer du sein et à faible revenu peuvent être admissibles à une subvention unique visant à aider à couvrir une partie des coûts liés aux casques réfrigérants. Les subventions sont accordées selon des critères d'admissibilité définis et en fonction des fonds disponibles.

Veillez noter que les personnes qui demandent cette subvention ne sont pas admissibles au Programme d'aide financière de la CURE.

Critères d'éligibilité:

- La patiente doit être atteinte d'un cancer du sein récemment diagnostiqué.
- Elle doit commencer un traitement de chimiothérapie.
- La patiente doit être de citoyenneté canadienne, immigrante reçue ou résidente permanente.
- La demande doit être signée par votre travailleur social, votre infirmière ou votre oncologue.

Documents requis

- La demande dûment remplie
- Une copie de l'avis de cotisation pour la dernière année fiscale (toutes les pages)
- Une Lettre d'intention. **Elle doit:**
 1. Expliquer en détail votre souhait d'utiliser un casque réfrigérant.
 2. Décrire l'impact financier que votre diagnostic a eu sur vous (et sur votre famille, le cas échéant).
- Le cas échéant :
 - Une copie de l'avis de cotisation du conjoint pour la dernière année fiscale (toutes les pages)
 - Une copie du certificat de naissance pour toutes personnes dépendantes (moins de 18 ans).
 - Seulement si vous êtes en congé de maladie : Preuve que vous aviez un revenu d'emploi dans l'année précédant votre diagnostic de cancer du sein (par exemple, votre dernier talon de paie, une preuve récente de salaire ou d'assurance invalidité ou assurance emploi)

Formulaire d'aide financière

Informations personnelles		
Prénom :		Nom :
Date de naissance (JJ/MM/AA) :		Courriel :
Téléphone (Maison) :		Téléphone (Cellulaire) :
Adresse:		Appartement :
Ville :	Province :	Code postal :
État matrimonial : <input type="checkbox"/> État civil <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé/Séparé		
Nombre de personnes dépendantes (moins de 18 ans) : S'il y a lieu, veuillez soumettre un certificat de naissance		
Avez-vous reçu une aide financière de la Fondation CURE dans le passé? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		Si oui , veuillez indiquer la date : (JJ/MM/AAAA)
Quels sont vos sources de revenus actuels? <input type="checkbox"/> Revenu d'emploi <input type="checkbox"/> Assurance salaire/assurance emploi/assurance invalidité <input type="checkbox"/> Revenu de retraite <input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser)		

Informations médicales		
Cette section doit être remplie par votre professionnel de la santé (Exemple : médecin, infirmière, travailleur social).		
Date du diagnostic du cancer du sein (MM/AA) :		S'il s'agit d'une récurrence, veuillez indiquer la date de la récurrence (MM/AA) :
<input type="checkbox"/> Stade 0 <input type="checkbox"/> Stade 1 <input type="checkbox"/> Stade 2 <input type="checkbox"/> Stade 3 <input type="checkbox"/> Métastatique <input type="checkbox"/> Inconnu		Recommandez-vous l'utilisation d'un casque réfrigérant pour cette patiente ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date prévue du début de la chimiothérapie (JJ/MM/AA)		Date prévue de la fin de la chimiothérapie (le cas échéant) (JJ/MM/AA)
Date du dernier jour de travail (S'il y a lieu) (JJ/MM/AA):		Date prévue du retour au travail (Obligatoire, le cas échéant) (JJ/MM/AA):
Nom du professionnel de la santé :		Titre:
Centre Hospitalier :	Téléphone :	Courriel:
En signant, j'autorise la Fondation CURE à me contacter directement par téléphone ou par courrier électronique pour confirmer les informations médicales de la patiente. La confirmation du statut médical de la patiente peut également être envoyée directement à infocure@curefoundation.com .		
Signature du professionnel de la santé :		Date (JJ/MM/AA) :

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et complètes. Les données anonymisées seront utilisées pour les statistiques. À des fins de vérification, j'autorise la Fondation CURE à discuter de mon dossier avec les membres de mon équipe médicale. Je comprends que la Fondation CURE se réserve le droit de refuser toute demande pour tout motif qu'elle juge raisonnable, que le montant versé doit respecter les limites du budget alloué annuellement à ce programme et que les montants accordés et les critères d'éligibilité sont susceptibles de changer sans préavis.

Signature:	Date:
------------	-------

Veuillez envoyer votre demande (avec tous les documents requis) par courrier ou par courriel:

Fondation CURE – Programme d'aide financière :
1320 boul. Graham, bureau 110, Montréal, QC H3P 3C8
Numéro sans frais 1-888-592-CURE | infocure@fondationcure.com