FONDATION CURE
POUR LE CANCER DU SEIN

PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE LA FONDATION CURE POUR LES PATIENTES ATTEINTES DU CANCER DU SEIN

Les patientes atteintes d'un cancer du sein à faible revenu peuvent être admissibles à une subvention unique afin d'alléger le fardeau financier lié à leur diagnostic. Les subventions sont accordées selon des critères d'admissibilité précis et en fonction des fonds disponibles. **En savoir plus**

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- **Vous devez:**
  - être diagnostiquée avec un cancer du sein.
    NOTE: La priorité est accordée aux personnes en traitement actif (chirurgie, chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie) ou dans les 6 mois suivant la fin du traitement.
  - être citoyenne canadienne, résidente permanente ou réfugiée.
- **OBLIGATOIRE: Le formulaire de demande doit être signé par votre travailleuse sociale, oncologue, infirmière ou médecin traitant.**

DOCUMENTS REQUIS*

Liste de vérification:

- **Le formulaire d'aide financière de la Fondation CURE* doit être complété et signé par un professionnel de la santé, tel que votre travailleuse sociale, infirmière, oncologue ou médecin traitant.**
- Vous devez déclarer **TOUTES** les sources de revenus, incluant une copie de votre **Avis de cotisation*** pour la dernière année fiscale (toutes les pages).
- **Une lettre d'intention*** décrivant votre situation et votre besoin d'aide financière. Veuillez préciser l'impact financier que votre diagnostic a eu sur vous et votre famille.
- **** Si vous avez un partenaire avec qui vous cohabitez (marié ou non) :** l'Avis de cotisation de votre partenaire pour la dernière année fiscale (toutes les pages).
- **** Si vous avez des enfants de 18 ans et moins :** copies des certificats de naissance.
- **** Si vous êtes en congé de maladie :** preuve de revenu d'emploi l'année précédant le diagnostic du cancer du sein ; dernier talon de paie, preuve récente de salaire, assurance invalidité ou assurance emploi.

ADDITIONAL INFORMATION

Veuillez envoyer votre demande complétée ainsi que tous les documents justificatifs par courriel à : infocure@fondationcure.com **OU**
Par courrier postal : 1320, boulevard Graham, bureau 110
Montréal (QC) H3P 3C8
FAQ

POLITIQUES : Veuillez lire attentivement le formulaire de demande. Le fait de ne pas fournir tous les documents requis et/ou de ne pas signer le formulaire entraînera un retard ou un

INFORMATION PERSONNELLE		
Prénom		Nom de famille
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Adresse courriel
Téléphone (maison)		Téléphone (cellulaire)
Adresse		Appartement
Ville	Province	Code postal

État civil

Marié/conjoint de fait Célibataire Divorcé/Séparé Veuve

Nombre de personnes à charge de moins de 18 ans _____
((Veuillez soumettre une copie(s) des actes de naissance))

Quelles sont vos sources de revenu actuelles ?

- O Revenu d'emploi
- O Assurance salaire / assurance emploi / assurance invalidité
- O Revenu de retraite
- O Aide sociale
- O Autre (veuillez préciser)_____

Avez-vous déjà reçu une aide financière de la Fondation CURE par le passé ?	***Si OUI***, veuillez indiquer quand : (jj/mm/aaaa)
O **OUI** O **NON**	

La Fondation CURE s'appuie sur des témoignages pour poursuivre son action. Seriez-vous disposée à partager votre histoire avec nous afin d'aider d'autres patientes ? ***Ceci n'est pas une obligation.***

O **OUI**
O **NON**

POLITIQUES : Veuillez lire attentivement le formulaire de demande. Le fait de ne pas fournir tous les documents requis et/ou de ne pas signer le formulaire entraînera un retard ou un refus de l'aide financière.

INFORMATIONS MÉDICALES Cette section doit être remplie par votre professionnel de la santé (par exemple, médecin, infirmière, travailleuse sociale)	
Date du diagnostic du cancer du sein (mm/aa)	**S'il s'agit d'une récidive,** indiquez la date de la récidive (mm/aa)
O Stade 0 O Stade 1 O Stade 2 O Stade 3 O Métastatique O Inconnu	Traitement le plus récent : O Mastectomie O Chimiothérapie / Immunothérapie O Radiothérapie O Traitement sans date de fin prévue O Autre_____
Date de début du traitement : (jj/mm/aaaa)	Date de fin du traitement : (jj/mm/aaaa)
Dernier jour de travail en raison du diagnostic : (jj/mm/aaaa)	Date prévue de retour au travail : ***(obligatoire, le cas échéant)*** (jj/mm/aaaa)

INFORMATION MÉDICALE Le fait de ne pas remplir cette section entraînera un retard dans le traitement.		
Nom de professionnel de la santé	Titre	
Centre hospitalier	Téléphone avec # poste XXX-XXX-XXXX p. XXXX	Adresse courriel ou # fax
En signant, j'autorise la Fondation CURE à me contacter directement par téléphone ou par courriel afin de confirmer les informations médicales de la personne demandeuse. La confirmation du statut médical de la personne demandeuse peut également être envoyée directement à **infocure@fondationcure.com** .		
Signature du professionnel de la santé (**OBLIGATOIRE**)	Date (jj/mm/aaaa)	

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et complètes. Les données anonymisées seront utilisées à des fins statistiques. Aux 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 toute raison qu'elle juge raisonnable, que le montant versé doit respecter les limites du budget alloué annuellement à ce programme, et que les montants accordés ainsi que les critères d'admissibilité peuvent être modifiés sans préavis.

Signature de la patiente (**OBLIGATOIRE**)	Date (jj/mm/aaaa)