

**PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE LA FONDATION CURE
POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER DU SEIN
FORMULAIRE D'APPLICATION**

Le programme d'aide financière de la Fondation CURE a été créé pour répondre à l'impact financier d'un diagnostic de cancer du sein sur la patiente. Le programme offre des subventions pouvant aller jusqu'à 2 000 \$ aux candidats afin de les soulager pendant une période très difficile de leur vie.

Critères d'éligibilité :

- Le demandeur doit être diagnostiqué avec un cancer du sein (priorité accordée à ceux en traitement actif*) ou 6 mois après le traitement
- Le demandeur doit être citoyen canadien, immigrant reçu agréé ou résident permanent
- Chaque demande peut être soumise pour un maximum de 2000 \$ (si les fonds le permettent)
- La demande doit être signée par votre travailleur social, infirmière, oncologue
- Traitement actif : Pour la bourse de cette application, cela fait référence à la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Documents requis

- **Formulaire de demande** dûment rempli est signé
- **Copie de l'avis de cotisation** pour la dernière année fiscale (page avec les calculs détaillés)
- **Lettre d'intention** rédigée par le demandeur expliquant en détail sa situation et son besoin d'aide financière. Veuillez préciser l'impact financier que votre diagnostic a eu sur vous (et sur votre famille) et indiquer précisément comment ces fonds seraient utilisés pour alléger votre fardeau financier. La lettre doit détailler les coûts liés à votre diagnostic.
- Le cas échéant :
 - Copie de l'avis de cotisation du conjoint (de fait)** pour la dernière année fiscale (page avec les calculs détaillés)
 - Copie d'acte de naissance** pour chaque enfant à charge (≤ 18 ans).
 - Si vous êtes **en congé de maladie** : Preuve de revenu d'emploi de 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)

D'autres documents pourront être demandés au besoin.



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 civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/conjoint de fait <input type="checkbox"/> Divorcé/Séparé <input type="checkbox"/> Veuve		
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)		
La Fondation CURE compte sur les témoignages pour poursuivre son travail. Seriez-vous prêt(e) à partager votre histoire avec nous pour aider à faire la différence pour d'autres patients ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		



Informations Médicales		
Cette section doit être remplie par votre professionnel de la santé (Exemple : médecin, infirmière, travailleur social etc.).		
Date du diagnostic du cancer du sein (MM/AA) :		S'il s'agit d'une récurrence, veuillez indiquer la date de 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		Dernier traitement reçu : <input type="checkbox"/> Mastectomie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie/Immunothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Autre
Date du début du traitement (JJ/MM/AA) :		Date de fin du traitement (S'il y a lieu) (JJ/MM/AA) :
Date du dernier jour de travail (S'il y a lieu) (JJ/MM/AA) :		Date prévue du retour au travail (le cas échéant) (JJ/MM/AA) :
Nom du professionnel de la santé :		Titre :
Centre Hospitalier :	Téléphone avec poste :	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 candidature (avec tous les documents requis) par courrier ou par courriel:
 Fondation CURE – Programme d'aide financière
 1320 blvd Graham., bureau 130, Montréal, Québec, H3P 3C8
 Téléphone 1-888-592-CURE/ infocure@fondationcure.com

