

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

Veillez envoyer votre demande complétée ainsi que tous les documents justificatifs par courriel à : [infocure@fondationcure.com](mailto: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 _____ ( <b>(Veuillez soumettre une copie(s) des actes de naissance)</b> )					
Quelles sont vos sources de revenu actuelles ?					
<input type="radio"/> Revenu d'emploi					
<input type="radio"/> Assurance salaire / assurance emploi / assurance invalidité					
<input type="radio"/> Revenu de retraite					
<input type="radio"/> Aide sociale					
<input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) _____					
Avez-vous déjà reçu une aide financière de la Fondation CURE par le passé ?			<b>Si OUI</b> , veuillez indiquer quand : (jj/mm/aaaa)		
<input type="radio"/> <b>OUI</b>					
<input type="radio"/> <b>NON</b>					
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 ? <b>Ceci n'est pas une obligation.</b>					
<input type="radio"/> <b>OUI</b>					
<input type="radio"/> <b>NON</b>					

### 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)	<b>S'il s'agit d'une récurrence</b> , indiquez la date de la récurrence (mm/aa)	
<input type="radio"/> Stade 0 <input type="radio"/> Stade 1 <input type="radio"/> Stade 2 <input type="radio"/> Stade 3 <input type="radio"/> Métastatique <input type="radio"/> Inconnu	Traitement le plus récent : <input type="radio"/> Mastectomie <input type="radio"/> Chimiothérapie / Immunothérapie <input type="radio"/> Radiothérapie <input type="radio"/> Traitement sans date de fin prévue <input type="radio"/> 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 : <b>(obligatoire, le cas échéant)</b> (jj/mm/aaaa)	
<b>INFORMATION MÉDICALE</b> 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 <a href="mailto:infocure@fondationcure.com">infocure@fondationcure.com</a> .		
Signature du professionnel de la santé ( <b>OBLIGATOIRE</b> )		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 ( <b>OBLIGATOIRE</b> )	Date (jj/mm/aaaa)
---	----------------------