

DEMANDE DE SUBVENTION DE SOUTIEN FINANCIER AUX PATIENTS

La Craig's Cause Pancreatic Cancer Society fournit des subventions de soutien financier aux patients qui reçoivent un diagnostic de cancer du pancréas et qui répondent aux critères de financement de ce programme.

Les subventions fournies sont d'un montant de 500 \$ ou de 1 000 \$. Les candidats retenus recevront leur subvention dans les 30 jours suivant la réception de leur demande.

Informations au sujet de la demande

Veillez remplir la présente demande dans son intégralité et vous assurer de joindre tous les documents exigés. Si vous avez besoin d'aide, veuillez nous contacter à info@craigscouse.ca ou au 1 877 212 9582.

Liste de contrôle pour la demande

- J'ai rempli toutes les sections pertinentes de ce formulaire de la manière la plus complète possible.
- J'ai joint une preuve du revenu du ménage (c'est-à-dire une copie de mon ou mes avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada).
- J'ai signé et daté la page 6 du formulaire de demande.
- J'ai joint une lettre confirmant mon diagnostic.

Déclaration de confidentialité

La Craig's Cause Pancreatic Cancer Society s'engage à protéger la confidentialité des renseignements personnels en sa possession. Nous attachons beaucoup d'importance à la confiance de nos clients, donateurs, bénévoles, participants et employés. Nous reconnaissons que pour maintenir cette confiance, nous devons faire preuve de responsabilité et de transparence dans le traitement des renseignements personnels.

Les renseignements que vous fournissez (notamment vos informations de santé) seront utilisés uniquement pour évaluer votre demande et communiquer avec vous à ce sujet..

Formulaire de demande – CONFIDENTIEL

Veillez remplir ce formulaire de demande de la manière la plus complète possible. Vous pouvez le soumettre par la poste, par fax ou par courriel.

<p>Envoyez à: Craig's Cause Pancreatic Cancer Society C.P. 8561, Halifax, Nouvelle-Écosse, B3K 5M3</p>	<p>Sauvegardez en PDF ou scannez la demande dans son intégralité et envoyez-la par courriel à : info@craigscouse.ca ou par fax au numéro 902.701.4849.</p>
--	---

1. Comment avez-vous entendu parler de ce programme de subventions?

2. Avez-vous déjà reçu une subvention de soutien financier aux patients de Craig's Cause Pancreatic Cancer Society? Oui Non

Section 1 — Renseignements personnels

3. Nom complet: _____

4. Date de naissance (par ex., le 15 mai 1955): _____

5. Sexe: Féminin Masculin Non binaire

6. Adresse postale complète:

7. Numéro de téléphone: _____

8. Adresse courriel: _____

9. Situation de famille :

Célibataire Marié(e) En union libre Divorcé(e) Veuf/Veuve

10. Nom du conjoint(e)/conjoint(e) de fait (le cas échéant) : _____

11. Nombre de personnes à charge au foyer (≤ 18 ans) : _____

Section 2 — Informations sur la santé

12. Quel type de cancer du pancréas vous a-t-on diagnostiqué? Veuillez joindre une lettre de diagnostic..

13. Quels sont les traitements que vous avez reçus ou que vous recevez :

- Intervention chirurgicale
- Chimiothérapie
- Radiation
- Autre (veuillez décrire ci-dessous)

14. Nom de l'hôpital ou de la clinique qui fournit le traitement : _____

15. Ville (où le traitement a lieu) : _____

Section 3 — Situation financière

16. Avez-vous actuellement un emploi? Oui Non

Si oui: À temps partiel. À temps plein

Si non: Incapable de travailler en raison du diagnostic pour d'autres raison

Serez-vous en mesure de reprendre le travail dans les 6 prochains mois? Oui Non Ne sais pas

17. Votre conjoint ou conjointe (le cas échéant) a-t-il actuellement un emploi? Oui Non

Si oui: À temps partiel. À temps plein

Si non: Incapable de travailler en raison du diagnostic pour d'autres raison

Le conjoint ou la conjointe pourra-t-il reprendre le travail dans les 6 prochains mois?

Oui Non Pas sûr

18. Recevez-vous actuellement des prestations d'assurance-emploi, d'invalidité ou d'aide sociale?

Oui Non

19. Si oui, veuillez fournir des détails sur l'aide que vous recevez:

20. Quel était votre revenu imposable la dernière année où vous avez fait une déclaration de revenus?

Revenu du patient ou de la patiente :

Revenu du partenaire (le cas échéant) :

Veillez joindre une copie de l'avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada indiquant le revenu imposable pour vous et votre conjoint ou conjointe/partenaire pour la dernière année d'imposition.

Veillez indiquer si vous avez connu au cours des 12 derniers mois ou si vous pensez connaître au cours des 12 prochains mois les situations suivantes :

- Changement important de la situation financière (par ex. : départ en retraite, chômage, congé sans solde, faillite d'entreprise)
- Emploi saisonnier, emploi à temps partiel ou travail indépendant
- Frais médicaux non couverts par une assurance (par ex., les sondes d'alimentation)
- Frais supplémentaires de garde d'enfants dus au diagnostic de cancer
- Frais de traitement liés au diagnostic
- Frais de transport liés au diagnostic
- Autre

Veillez décrire brièvement les difficultés financières auxquelles vous faites face :

Questions FACULTATIVES

Nous recueillons des données sur les patients atteints du cancer du pancréas afin de mieux comprendre qui est touché par cette maladie. Ces questions n'auront AUCUNE incidence sur votre demande de subvention.

1. Âge au moment du diagnostic?

2. Origine ethnique?

3. Combien de fois par semaine faites-vous de l'exercice pendant 20 minutes ou plus?

4. Est-ce que vous fumez? Oui Non Occasionnellement

5. Est-ce que d'autres membres de votre famille ont reçu un diagnostic de cancer du pancréas?

Oui Non Pas Sûr

6. Si oui, quel est leur lien de parenté avec vous (parent, frère ou sœur, oncle ou tante, etc.)?

7. Avez-vous fait des tests génétiques? Oui Non

8. Si oui, quels ont été les résultats :

9. Seriez-vous prêt à partager votre expérience de cancer du pancréas avec d'autres personnes?

Oui Non

8. Si vous receviez une aide financière, qu'est-ce que cela signifierait pour vous?

Section 3 – Déclaration d'entente

Je comprends les déclarations ci-dessus et je demande l'aide de la Craig's Cause Pancreatic Cancer Society et de son programme de subventions pour le soutien financier aux patients. Les informations que j'ai fournies dans cette demande sont véridiques et complètes, au mieux de mes connaissances.

Je comprends que mes renseignements personnels seront utilisés uniquement pour évaluer ma demande et pour communiquer avec moi au sujet de ma demande. Je comprends que je peux demander des détails supplémentaires concernant l'utilisation de mes renseignements personnels.

Signature de la personne qui fait la demande

Date: _____

Signature du témoin*

Date: _____

*Le témoin peut être un conjoint, un membre de la famille, un ami, un voisin ou un membre de la communauté.