



## Service d'Aide Financière

Formulaire de demande pour la femme  
vivant avec un Cancer Féminin

Date : \_\_\_\_\_

### ***La Randonnée des Neiges de Mégantic est la principale source de revenus.***

Peut recevoir un remboursement de leurs dépenses, la personne avec des revenus de moins de 75 000.00\$ et vivant avec un cancer féminin. La personne doit aussi demeurer depuis 2 ans sur le territoire de la MRC du Granit ou dans l'une des municipalités suivantes; Courcelles, La Guadeloupe, St-Évariste, La Patrie ou Chartierville.

Les 5 cancers féminins sont ; seins, utérus, col de l'utérus, ovaires et vulve. Les cancers féminins par définition simples « les cancers que l'homme ne peut avoir» même si l'homme peut avoir celui du sein.

Êtes-vous résidente depuis au moins 2 ans ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

✓ Important de joindre une preuve de résidence de plus de 2 ans

### **Informations personnelles**

1) Est-ce votre PREMIÈRE demande d'aide financière avec nous ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

2) Votre état civil ? \_\_\_\_\_

3) Nombre d'enfants à la maison ? \_\_\_\_\_

4) Votre groupe d'âge ? moins de 29 ans  30-39 ans  40-49 ans  Plus de 50 ans

5) Votre profession ? \_\_\_\_\_

6) Votre revenu familial incluant celui du conjoint?

moins de 50,000\$

50 à 75,000\$

✓ Joindre une copie de votre rapport d'impôt sur demande seulement

7) Date de votre diagnostic médical ? \_\_\_\_\_

✓ Important de joindre une copie de votre diagnostic médical

8) Recevez-vous l'aide financière de derniers recours ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

9) Avez-vous reçu le pronostic de vie de moins de 3 mois ou fait une demande de pré admission dans une maison où la fin de vie est plus légère. Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

10) Énumérez les traitements que vous avez reçus, recevez ou allez recevoir ?

---

---

---

## Votre situation financière

1) Depuis votre diagnostic, avez-vous reçu de l'aide financière d'autres organismes (Ex. : Société Canadienne du Cancer, Programme Safir de la Fondation Jean-Marc Paquette, Cancer Assistance, Ruban Rose, etc.) ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si Oui, veuillez remplir le tableau suivant :

Organisation	Montant(s)	Raison(s)	Date(s)

2) Occupez-vous encore un emploi, avez-vous des assurances ou d'autres revenus présentement ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Au besoin, expliquez :

---

---

---

---

3) Dépenses suite au diagnostic, aux traitements, aux effets secondaires pour lesquelles vous demandez de l'aide. Expliquez :

---

---

---

---

**Exemple de dépenses admissibles** ; hébergement, accompagnateur, lingerie spécialisée, stationnement, frais de transport, prothèse capillaire, produit personnel, matériel pour lymphoedème, etc.

**BLOC A, exemple de remboursement; transport, hébergement à l'hôtellerie, stationnement : max. 1000\$**

**BLOC B, exemple de remboursement; prothèse capillaire, chapeau, foulard : max. 500\$**

**BLOC C, exemple de remboursement; dépenses de la vie courante : max. 150\$**

**Le montant maximum qui pourrait être approuvé par demande est de 1000.00\$**

**Total du montant demandé :**

Dites-nous pourquoi le Comité d'Approbation devrait étudier votre demande d'aide financière.

---

---

---

## Informations personnelles

Cette page d'informations personnelles demeure confidentielle, un numéro vous sera attribué.

Nom & Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville, Village : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

## Signature & Consentement

Pour valider votre formulaire, veuillez prendre connaissance et **cochez** chaque énoncé ci-dessous.

- J'atteste que les informations ci-dessus sont exactes.
- Je suis consciente qu'une demande d'aide financière frauduleuse pourrait entraîner une poursuite judiciaire.
- Je suis consciente que le Comité d'Approbaton ne peut intervenir dans toutes les demandes reçues et que l'aide est en fonction des ressources financières disponibles par trimestre.
- J'autorise le Comité d'Approbaton à transmettre, au besoin, mes renseignements personnels à l'organisme "LES ROSES POUR LA CAUSE INC.," responsable de la gestion du financement.
- Je reconnais que ce document, son contenu et les informations jointes servent exclusivement à la création de mon dossier afin que "LES ROSES POUR LA CAUSE INC.," puisse me venir en aide financièrement. Ce document demeure confidentiel.

### Pièces justificatives à joindre à votre demande pour un remboursement :

- J'ai inclus avec ma demande, une copie de mon diagnostic. Aucune photo nécessaire,
- J'ai inclus une preuve de résidence de plus de 2 ans, ex; téléphone, électricité, taxe, etc.,
- J'ai inclus les reçus originaux de mes dépenses afin de recevoir un remboursement.
- Pour les reçus de stationnement, il faut joindre le ticket et le reçu broché ensemble.
- J'ai inclus une copie des dates / heures de rendez-vous médicaux ou pour mes traitements,
- J'acheminerais une copie de mon rapport d'impôt en cas de demande seulement,
- Vos factures vous seront retournées en cas de non-remboursement.

Signature : \_\_\_\_\_

### **Envoi de votre demande à :**

LES ROSES POUR LA CAUSE INC. / Service d'aide financière

A/S Danielle Rousseau

254 rue Proteau

St-Sébastien (Qc) G0Y 1M0

819 214-ROSE (7673)