



## 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.

Nos subventions de soutien financier aux patients ont été créées pour aider à alléger le fardeau financier durant le diagnostic et le traitement.

Nos subventions de soutien financier aux patients ont pour objectif d'aider les patients à couvrir les frais suivants :

- ~ Déplacements liés à un traitement anticancéreux actif (traitement en vue de la guérison ou du soulagement palliatif des symptômes, tests diagnostiques et essais cliniques)
- ~ Frais d'hébergement lorsque le traitement a lieu en dehors de la province du patient.
- ~ Coûts des médicaments
- ~ Factures de services publics
- ~ Garde des enfants
- ~ Denrées alimentaires
- ~ Loyer ou hypothèque
- ~ Counseling

Les subventions de soutien financier aux patients de la Craig's Cause Pancreatic Cancer Society sont d'un montant de 500 \$ ou de 1 000 \$. Ces subventions seront accordées à titre individuel et notre Conseil d'administration déterminera le montant accordé aux demandeurs retenus. Les demandeurs retenus recevront leur subvention dans les 30 jours suivant la date de réception de la demande.

**Craig's Cause Pancreatic Cancer Society**  
**CP 8561, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 5M3**  
info@craigscuse.ca  
**1 877 212 9582**



## **Renseignements relatifs à la demande**

Pour faire en sorte que votre demande puisse être traitée rapidement, veuillez remplir ce formulaire dans son intégralité et y joindre tous les documents demandés. Si vous avez besoin d'aide, veuillez nous contacter à [info@craigscause.ca](mailto:info@craigscause.ca) ou au 1 877 212 9582.

Lorsque votre demande est intégralement remplie, **veuillez l'envoyer par la poste à Craig's Cause Pancreatic Cancer Society, CP 8561, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 5M3 OU BIEN** scanner la demande complète et **l'envoyer par courriel à [info@craigscause.ca](mailto:info@craigscause.ca)**

## **Liste de vérification de la demande**

- J'ai rempli toutes les sections pertinentes de ce formulaire aussi complètement que possible.
- J'ai joint une attestation de revenu du ménage, p. ex. une copie de mon 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 de mon médecin 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 ou sous son contrôle. Nous accordons une grande valeur à la confiance de nos donateurs, bénévoles, clients, participants et employés. Nous reconnaissons que le maintien de cette confiance exige responsabilité et transparence en matière de traitement des renseignements personnels.

Les renseignements fournis (y compris les renseignements médicaux) à la Craig's Cause Pancreatic Cancer Society serviront uniquement à évaluer votre demande, à communiquer avec vous au sujet de votre demande, à obtenir votre rétroaction au sujet du programme et à faire les aiguillages appropriés vers des ressources internes ou externes ou des fournisseurs de services.



## CONFIDENTIEL – Formulaire de demande

Veillez remplir ce formulaire de demande aussi complètement que possible et l'envoyer par courrier ou par courriel.

Envoyez par la poste à : <b>Craig's Cause Pancreatic Cancer Society</b> <b>C.P. 8561,</b> <b>Halifax, Nouvelle-Écosse,</b> <b>B3K 5M3</b>	Scannez la demande dans son intégralité et envoyez-la par courriel à : <b>info@craigsc ause.ca</b>
---	---

1. Avez-vous déjà reçu une subvention de soutien financier aux patients de la part de la Craig's Cause Pancreatic Cancer Society? Encerclez la réponse correcte.                      **Oui**                      **Non**

### ***Section 1 – Renseignements personnels***

2. Nom complet du patient demandant un soutien :  
\_\_\_\_\_

3. Date de naissance du patient (p. ex., 15 mai 1955) :  
\_\_\_\_\_

4. Sexe du patient. Encerclez la réponse correcte.                      **féminin**                      **masculin**

5. Adresse postale complète :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

7. État civil. Encerclez la réponse correcte.    Célibataire    Marié    Conjoint de fait    Divorcé

8. Nom du conjoint ou conjoint de fait :  
\_\_\_\_\_

9. Nombre de personnes à charge (18 ans ou moins) à la maison : \_\_\_\_\_

**Craig's Cause Pancreatic Cancer Society**  
**CP 8561, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 5M3**  
info@craigsc ause.ca  
**1 877 212 9582**



**Section 2 – Renseignements sur la santé**

10. Type de cancer du pancréas diagnostiqué. Veuillez joindre une lettre de diagnostic du médecin.

---

11. Types de traitement anticancéreux reçus ou en cours.

- Chirurgie
  - Chimiothérapie
  - Radiothérapie
  - Autres (veuillez décrire ci-dessous)
- 
- 
- 
- 
- 

12. Nom de l’hôpital ou de la clinique fournissant le traitement :

---

13. Ville (où le traitement a lieu) : \_\_\_\_\_

14. Recevez-vous actuellement des prestations d’assurance-emploi, d’invalidité ou d’aide sociale? Encerchez la réponse correcte.                      **Oui**                      **Non**

15. Si la réponse est oui, veuillez fournir des détails sur l’aide que vous recevez.

---

---

---

---

---

Nous vous encourageons à chercher de l’aide auprès de toutes les sources disponibles. Le fait de recevoir de l’aide de l’une des organisations ci-dessous **ne vous empêche pas** de recevoir une subvention de soutien financier de la Craig’s Cause Pancreatic Cancer Society.

16. Êtes-vous admissible aux prestations d’Anciens Combattants Canada pour couvrir les frais de déplacement et d’hébergement liés aux consultations médicales? Encerchez la réponse correcte.                      **Oui**                      **Non**

Veuillez appeler Anciens Combattants Canada au 1-866-522-2122.

**Craig’s Cause Pancreatic Cancer Society**  
**CP 8561, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 5M3**  
info@craigscuse.ca  
**1 877 212 9582**



17. Avez-vous une assurance maladie complémentaire ou une assurance invalidité couvrant les frais de déplacement et d'hébergement pour les consultations médicales? Encerclez la réponse correcte. **Oui** **Non**

Veillez contacter votre régime d'assurance pour obtenir de l'aide.

18. Possédez-vous une carte prouvant votre statut d'Indien inscrit, émise par le gouvernement du Canada? **Oui** **Non**

Veillez appeler la Régie de la santé des Premières nations (organisme responsable des services de santé non assurés en C.-B.) au 1-800-317-7878.

19. Quel était votre revenu imposable (le vôtre et celui de votre conjoint) l'année dernière?

Revenu du patient : \_\_\_\_\_

Revenu du conjoint : \_\_\_\_\_

Veillez joindre à cette demande une copie de votre avis de cotisation et de l'avis de cotisation de votre conjoint ou partenaire pour l'année d'imposition la plus récente (notamment la page portant les lignes 260 et 435, généralement la 2<sup>e</sup> page, parfois la 3<sup>e</sup> page).

### ***Section 3 – Difficultés financières particulières***

20. Veuillez indiquer si vous avez connu au cours des 12 derniers mois ou si vous prévoyez connaître au cours des 12 prochains mois les situations suivantes :

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

Veillez décrire brièvement les difficultés financières que vous avez cochées ci-dessus.

---

---

---

---



#### **Section 4 – Protocole d’entente**

Je comprends les déclarations ci-dessus et je sollicite l’aide de la Craig’s Cause Pancreatic Cancer Society et de son programme de subventions de soutien financier aux patients. Les renseignements que j’ai fournis dans cette demande sont, à ma connaissance, complets et véridiques.

Je comprends que mes renseignements personnels serviront uniquement à évaluer ma demande, à communiquer avec moi au sujet de ma demande, à traiter les demandes de remboursement admissibles, à obtenir ma rétroaction au sujet du programme et à faire les aiguillages appropriés vers des ressources internes ou externes ou des fournisseurs de services. Je comprends que je peux demander des détails supplémentaires concernant l’utilisation de mes renseignements personnels.

---

Signature du demandeur

---

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.

