



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.

Critère 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)
- Chaque demandeur peut soumettre une demande par année, avec un maximum de 4 000 \$ à allouer au total.
- 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

- Une copie de l'avis de cotisation pour le dernier exercice (page avec calculs détaillés)
- Une copie de l'avis de cotisation du conjoint (le cas échéant) pour le dernier exercice (page avec calculs détaillés)
- Seulement si vous êtes en congé de maladie : Preuve que vous aviez un revenu d'emploi dans 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)
- Une lettre écrite par le demandeur expliquant sa situation et son besoin d'aide financière, le montant demandé et à quoi les fonds seront utilisés (maximum une page)

Si besoin, nous pouvons demander d'autres documents.





Formulaire d'aide financière

Informations personnelles		
Prénom		Nom
Jour de naissance (JJ-MM-AA)		Courriel
Téléphone (maison)		Téléphone (cellulaire)
Adresse		Appartement
Ville	Province	Code Postal
<input type="checkbox"/> État civil <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Common law <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé/separé		
Nombre de personnes dépendantes (moins de 18 ans):		
Quelles sont vos sources de revenus actuelles? <input type="checkbox"/> Revenus d'emploi <input type="checkbox"/> Assurance salaire / assurance emploi / assurance invalidité <input type="checkbox"/> Revenu de retraite <input type="checkbox"/> Bien-être <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)		



Informations Médicales		
Cette section doit être remplie par votre professionnel de la santé (p. Ex. Médecin, infirmière, travailleur social)		
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"/> Stage 0 <input type="checkbox"/> Stage 1 <input type="checkbox"/> Stage 2 <input type="checkbox"/> Stage 3 <input type="checkbox"/> Metastatique <input type="checkbox"/> Ne sais pas		Dernier traitement reçu : <input type="checkbox"/> Mastectomie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie / <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Autre
Début du traitement (JJ/MM/AA):		Date de fin du traitement (le cas échéant) (JJ / MM / AA) :
Dernier jour de travail (suite au diagnostique) (JJ/MM/AA): (si applicable)		Date prévue de retour au travail (JJ / MM / AA): Obligatoire le cas échéant
Nom du professionnel de la santé :		Titre:
Centre hospitalier:	Téléphone:	Courriel:
Signature du professionnel de la santé (attestant l'exactitude des informations indiquées ci-dessus)		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 remarquer.

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

