

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE



Guérir en Communauté – More Than a Cure MTAC's est un programme d'assistance qui a été créé pour faire face à l'impact financier d'un diagnostic de cancer du sein sur les patients. Lorsqu'une personne se bat pour sa vie, MTAC estime qu'aucune personne ne devrait jamais se demander si elle peut se permettre de survivre. Le programme offre jusqu'à 2 000 \$ par personne, une seule fois, sous forme de chèques-cadeaux destinés aux besoins essentiels (par exemple, alimentation, coûts de pharmacie, transport à l'hôpital, etc.) afin d'apporter un soulagement face aux difficultés économiques rencontrées.

Critères d'éligibilité

- Avoir reçu un diagnostic de cancer du sein
 - Doit présentement recevoir un traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiation ou immunothérapie) ou avoir complété son traitement dans les 12 derniers mois.
- Être un citoyen canadien, résident permanent ou demandeur d'asile.
- Le formulaire d'application doit être signé par le médecin traitant, un infirmier ou un travailleur social de l'équipe d'oncologie.

Documents requis

- Copie de l'avis de cotisation provincial et fédéral de l'année fiscale précédente (toutes les pages)
- Une copie de l'avis de cotisation provincial et fédéral du conjoint de l'année fiscale précédente, le cas échéant (les quatre pages)¹²
- Le cas échéant, une copie du dernier relevé financier pour toute personne morale ou entreprise où vous détenez au moins 25 % du contrôle et recevez ou êtes censé recevoir un avantage sous forme de dividende, de prime ou autrement
- Pour les applicantes en arrêt de maladie - Preuve de salaire dans l'année précédent le diagnostic: dernier talon de paye, preuve salariale, assurance invalidité ou assurance emploi. Si vous recevez actuellement un pension alimentaire d'un conjoint, veuillez fournir une confirmation des sommes reçues et, le cas échéant, la date de fin prévue de ces paiements, ainsi que les documents justificatifs.³
- Lettre d'intention - Écrite par l'applicante expliquant sa situation actuelle et ses besoins d'assistance financière. Les applicantes doivent évoquer leurs besoins financiers en rapport avec l'impact du diagnostic sur leurs finances personnelles et familiales.

¹ Si vous êtes séparé de votre conjoint depuis au moins 90 jours en raison d'une rupture dans la relation et sans possibilité prévisible de réconciliation, vous êtes exempté de fournir ledit document. Bien que les informations soient censées avoir été soumises de bonne foi, MTAC se réserve le droit de prendre toute mesure raisonnable, y compris, mais sans s'y limiter, cesser l'aide financière, s'il est déterminé que de fausses informations ont été soumises dans le but d'influencer l'éligibilité à l'aide financière.

² Les documents à l'appui peuvent être une copie de la sauvegarde, de l'ordonnance provisoire ou de divorce, du consentement ou du formulaire T1 indiquant les paiements de pension alimentaire pour conjoint.

³ Les informations suivantes sont et resteront strictement confidentielles et seront exclusivement utilisées par le conseil d'administration de MTAC dans le seul but d'analyser et de déterminer une aide financière.

Information Additionnelles

Veillez envoyer votre demande et tous les documents justificatifs à l'adresse suivante : morethanacure.financialprogram@gmail.com

NB : En remplissant le formulaire suivant, vous acceptez de communiquer les informations contenues dans le formulaire et les documents justificatifs à MTAC, et que lesdites informations soient utilisées en interne dans le but de déterminer une aide financière et des statistiques internes. Les informations resteront strictement confidentielles et ne seront pas partagées avec des tiers, sauf autorisation préalable de la part du demandeur, et uniquement dans le but de fournir des services adéquats. Si les informations sont utilisées à des fins statistiques, elles seront confidentielles et séparées de l'identité du demandeur. Pour plus de détails sur nos conditions générales et notre politique de confidentialité, veuillez visiter www.morethanacure.com.

INFORMATIONS PERSONNELLES		
Prénom		Nom
Date de naissance (JJ/MM/AA)		Courriel électronique
# Téléphone (Maison)		# Téléphone (Cellulaire)
Adresse		# d'Appartement
Ville	Province	Code postal
Statut Citoyen Canadien Résident permanent Demandeur d'asile Autre : _____		
État civil Célibataire Conjoint de fait Mariée Veuve Divorcée Séparée ⁴		
# de personnes mineures à la charge _____		Ethnicité Caucasienne Noire Asiatique Autochtone Hispanique Arabe
# de personnes majeures à la charge _____		

⁴ La définition générale de la séparation est lorsqu'il y a une séparation volontaire en raison d'une rupture dans une relation de 90 jours ou plus, sans possibilité prévisible de réconciliation.

Quels sont vos sources de revenus? Encercler toutes les options qui s'appliquent

Revenu d'emploi Assurance salaire. Assurance emploi Assurance maladie

Pension Aide sociale ou solidarité sociale Autre (spécifiez) _____

Pour quelles dépenses l'aide financière offerte serait-elle la plus utile?

Épicerie et alimentation Frais de garde d'enfants Transport Pharmacie Téléphonie
 Perruques/Refroidissement du cuir chevelu

Autre (spécifiez) _____

Seriez vous intéressée par un des services suivant, si disponible? (Oui / Non)

Atelier offert aux enfants traversant l'annonce du diagnostic de cancer d'un parent _____

Aide juridique (divorce, separation, garde d'enfants) _____

Accès à des programmes de santé et de bien-être _____

Produits dermatologiques pour peaux sensibles _____

Seriez vous intéressée à témoigner de votre histoire (ex. par écrit, en vidéo, réseaux sociaux)? _____

**** Veuillez noter que l'aide financière n'est pas octroyé en fonction de l'offre de témoignage et que celui-ci n'est en aucun cas requis.****

INFORMATION MÉDICALE

La section ci-dessous doit être remplis par un professionnel de la santé de votre équipe de soins (médecin, infirmier.ère, travailleur social)

Prénom du patient	Nom du patient
Date du diagnostic de cancer du sein(MM/AA)	Si récurrence, indiquer la date de récurrence (MM/AA)
Stade au diagnostic Stade 0 Stade 1 Stade 2 Stade 3 Métastatique Inconnu	Dernier traitement reçu Mastéctomie Chimiothérapie Immunothérapie Radiothérapie Le traitement est-il en cours? Oui Non Autre _____

Date de début du traitement (JJ/MM/AA)		Date de fin du traitement (si applicable) (JJ/MM/AA)	
Dernier jour de travail complété (JJ/MM/AA) (si applicable)		Retour au travail prévu(JJ/MM/AA): Obligatoire si applicable	
Nom du professionnel de la santé		Titre professionnel	
Hôpital / Centre de soin	# Téléphone	Courriel	
Signature du professionnel (attestant l'exactitude de l'information ci-haut)		Date (JJ/MM/AA)	

- Je soussigné(e), _____, consens à la divulgation de ces informations aux membres du conseil d'administration de MTAC dans le seul but de me fournir un soutien financier. Je consens également à ce que les membres de l'équipe de MTAC discutent de mon dossier avec les membres de mon équipe médicale si nécessaire. Enfin, je comprends que la Fondation MTAC se réserve le droit de refuser toute demande d'aide financière pour des raisons qu'elle juge raisonnables, 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 sujets à changement sans préavis.
- Je consens à ce que MTAC utilise les informations suivantes à des fins statistiques internes afin de mieux comprendre et ajuster l'objectif de sa mission. Je comprends que MTAC s'engage à maintenir toutes les informations confidentielles et garantit que toute statistique ne peut pas être attribuée à des individus spécifiques.
- Je confirme que toutes les informations fournies sont véridiques et complètes et je comprends que, bien que MTAC repose sur la bonne foi des demandeurs, si MTAC constate des divergences causées, entre autres, par la soumission d'informations éronées, MTAC se réserve le droit de prendre toutes les mesures raisonnables et nécessaires, y compris le refus de fournir des services supplémentaires ou des procédures légales.

Nom complet de l'applicante

Signature de l'applicante

Date (JJ/MM/AA)