



Programme d'aide financière



OBJECTIF DU PROGRAMME

Le programme d'aide financière de la Fondation André-Côté constitue un fond d'entraide de dépannage. Cette aide est de dernier recours, c'est-à-dire que l'aide financière n'est accordée que lorsque toutes les autres sources de financement ont été explorées sans succès. Il vise à aider temporairement et à court terme, les personnes atteintes d'un cancer ou d'une maladie incurable qui résident sur le territoire desservi par la Fondation André-Côté et qui sont incapables de faire face à des dépenses occasionnées par leur maladie en raison de leur situation financière.

MISSION DE LA FONDATION ANDRÉ-CÔTÉ

La Fondation André-Côté est un organisme de charité fondé en 2009, dont la mission est de rendre accessible, gratuitement et dans toutes les phases de la maladie, une gamme de services d'entraide, d'accompagnement, de confort et de soutien aux personnes atteintes d'un cancer ou d'une maladie incurable, ainsi qu'à leurs proches. Les services s'adressent à la population des 17 municipalités du Kamouraska, ainsi que celles de Saint-Roch-des-Aulnaies et de Sainte-Louise.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. Résider sur le territoire de la MRC du Kamouraska ou dans la municipalité de Saint-Roch-des-Aulnaies ou de Sainte-Louise qui font partie de la MRC de L'Islet.
2. Avoir reçu un diagnostic de cancer ou de maladie incurable par un médecin.
3. Correspondre aux critères d'éligibilité suivants en lien avec les statuts financiers présentés

	Situation familiale	
Revenu annuel brut (après diagnostic)	Célibataire ou Monoparental (e) : 30 000 \$ et moins	Couple : 50 000 \$ et moins
	+ 1 enfant à charge* : 36 000 \$ + 2 enfants à charge : 42 000 \$ + 3 enfants et plus à charge : 48 000 \$	+ 1 enfant à charge* : 56 000 \$ + 2 enfants à charge : 62 000 \$ + 3 enfants et plus à charge : 68 000 \$
	*L'enfant à charge doit avoir moins de 18 ans ou avoir un handicap	

TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Avant de remplir le formulaire de demande au programme d'aide financière, une rencontre avec la coordonnatrice des services de la Fondation sera planifiée afin d'évaluer les besoins et le cas échéant, elle pourra aider la personne à remplir le formulaire de demande.

La demande pourrait aussi provenir d'une référence d'une personne intervenante du CISSS qui aura fait l'évaluation des besoins et fait le tour des autres aides financières possibles.

Une fois la demande complétée, vous serez avisée à l'intérieur d'un délai approximatif de deux (2) semaines de la décision rendue, accompagnée, si tel est le cas, des fonds accordés par chèque.

CONFIDENTIALITÉ

Toutes les informations personnelles transmises à la Fondation André-Côté sont traitées de façon confidentielle et sont protégées par la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada.

MONTANTS ADMISSIBLES À UNE DEMANDE

À la suite à l'évaluation de votre demande et de votre situation financière, vous pourriez être admissible à :

Un maximum de :

- 400 \$ annuellement
- 2 demandes annuellement

Toutes les dépenses ayant eu lieu avant le diagnostic ou il y a plus de 6 mois au moment de la demande ne seront pas prises en considération.

Les dépenses versées devront respecter les limites du budget alloué pour ce programme annuellement.

DÉPENSES ADMISSIBLES

Dépenses reliées au cancer, à la maladie incurable ou à ses effets secondaires (ex. : frais de transport ou d'hébergement, prothèses mammaire, capillaire, équipements médicaux ou de soins, toutes autres dépenses jugées pertinentes, etc.)

Admissible si :

- La personne est actuellement en traitement de chimiothérapie ou radiothérapie
- La personne a reçu un diagnostic de maladie incurable
- La personne est actuellement en phase de soins palliatifs
- La personne a subi une intervention chirurgicale liée à son cancer ou sa maladie incurable dans les six (6) derniers mois.

SOUMETTRE VOTRE DEMANDE

Envoyer votre demande accompagnée des documents demandés :

Par courriel : direction@fondationandrecote.ca

Par la poste : Fondation André-Côté

Programme d'aide financière

100, 4^e avenue, bureau 180

La Pocatière (Québec) G0R1Z0



SECTION 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES

Est-ce votre première demande d'aide financière auprès de la Fondation André-Côté

Oui Non

Comment avez-vous pris connaissance de ce programme d'aide financière ?

- Notre site Internet
- Votre médecin
- Votre infirmier (ère) ou travailleur (se) social (e)
- Un autre organisme communautaire
- Autre - Précisez : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Tél. domicile : _____ Tél. cellulaire : _____

État civil : _____

Nombre de personnes à charge de moins de 18 ans : _____

Âge des personnes à charge : _____

Diagnostic : _____

SECTION 2 : SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE

Remplir cette section uniquement s'il s'agit d'une première demande ou si votre situation a changé depuis votre dernière demande. Cochez toutes les réponses actuelles de revenus (pour vous et votre conjoint) :

SOURCES ACTUELLES DE REVENUS	VOUS	VOTRE CONJOINT
Revenu d'emploi		
Assurance-emploi		
Assurance salaire, invalidité		
Rente d'invalidité		
Pension-vieillesse ou de retraite	Retraité depuis :	Retraité depuis :
Aide sociale	Bénéficiaire depuis : _____	Bénéficiaire depuis : _____
Aide financière d'une organisation communautaire	Avez-vous reçu de l'aide financière d'une autre organisation communautaire au cours des 12 derniers mois? _____ Laquelle? _____	Avez-vous reçu de l'aide financière d'une autre organisation communautaire au cours des 12 derniers mois? _____ Laquelle? _____
Autres, précisez :		

Occupez-vous un emploi?

Oui <input type="checkbox"/>	En arrêt de travail <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Temps plein : <input type="checkbox"/> Temps partiel : <input type="checkbox"/>	Date du dernier jour d'emploi : _____	Date du dernier jour d'emploi : _____
Titre d'emploi actuel :	Titre de l'emploi : _____	Titre de l'emploi : _____
Êtes-vous travailleur(se) autonome? Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>	Raison du départ : _____ Retour au travail prévu le : _____	Raison du départ : _____

SECTION 3 : REMBOURSEMENT DE DÉPENSES DEMANDÉ

Je demande un remboursement :

- Pour les dépenses reliées au cancer ou à la maladie incurable ou à ses effets secondaires (ex : transport médical, hébergement, prothèse, etc.) pour un maximum de 400 \$ annuellement.

Avant de verser le montant accordé, vous devrez fournir une facture ou une pièce justifiant la dépense pour laquelle il y a une réclamation.

Tableau des dépenses admissibles :

DÉPENSES ADMISSIBLES	JUSTIFICATIFS À JOINDRE
<input type="checkbox"/> Frais de transport	Remplir l'annexe 1
<input type="checkbox"/> Stationnement (maximum 20 \$ par jour)	Joindre une copie des reçus
<input type="checkbox"/> Repas (maximum 15 \$ par repas)	Joindre une copie des reçus
<input type="checkbox"/> Hébergement (1 nuit et maximum 80 \$)	Joindre une copie des reçus
<input type="checkbox"/> Équipements médicaux ou de soins (maximum 400 \$ pour 12 mois)	Joindre une copie des reçus
<input type="checkbox"/> Prothèse capillaire, foulard ou chapeau (maximum de 400 \$ pour 12 mois)	Joindre une copie des reçus

Montant total demandé : _____

SECTION 4 : SIGNATURE OBLIGATOIRE

J'atteste que les informations ci-dessus sont exactes et complètes. Je reconnais que ce document, son contenu et les informations jointes servent exclusivement à la création de mon dossier, afin que la Fondation André-Côté puisse me venir en aide financièrement.

En guise de vérifications, j'autorise la Fondation André-Côté à discuter de mon dossier avec les membres de mon équipe médicale.

Signature : _____

Date : _____

Section réservée à l'administration

Demande traitée le _____

Demande acceptée Demande refusée Raison du refus : _____

Montant accordé : _____

Montant versé le _____ N° du chèque _____

ANNEXE 1 : DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE TRANSPORT POUR LES RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Pour des rendez-vous médicaux récurrents ou des traitements reliés au cancer ou à la maladie incurable.

Transport admissible : du lieu du domicile au lieu de traitement (aller-retour)

- En voiture : 0,15 \$ du kilomètre
- En transport en commun : **(besoin des reçus requis)**
- Avec accompagnement par un bénévole : **(besoin des reçus officiels)**
- Taxi (en cas de nécessité seulement). La moitié des frais pourrait être remboursée **(besoin des reçus officiels)**

Au-delà de 200 kilomètres de votre lieu de traitement, vous devez vous référer à la politique de déplacement des usagers du CISSS du Bas-Saint-Laurent auprès de votre professionnel de la santé. Un programme est déjà en place pour vous aider à assumer ce type de dépenses.

Dates	Raison du déplacement	Lieu exact du déplacement (nom et adresse)	Moyen de transport utilisé

*kilométrage calculé à partir de « Google Map »