



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

<b>RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</b>	<input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> demande	<input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> demande
	<input type="radio"/> Autres : # _____	

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Jour      Mois      Année

Numéro de téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (autre) : \_\_\_\_\_

**État civil :**    Célibataire    Mariée/Marié    Veuve/Veuf    Divorcée/Divorcé    Séparée/Séparé

Nombre de personnes à charge : \_\_\_\_\_ Leur âge : \_\_\_\_\_

Métier/profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

### ÉTAT DE SANTÉ

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Type de traitements :    Chimiothérapie    Radiothérapie    Chirurgie    Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Fréquence des traitements : \_\_\_\_\_

Lieu des traitements : \_\_\_\_\_ Dates des traitements : \_\_\_\_\_

### NATURE DE LA DEMANDE :

<input type="radio"/> Électricité	<input type="radio"/> Médicaments	<input type="radio"/> Service de téléphonie	<input type="radio"/> Vie domestique
<input type="radio"/> Épicerie	<input type="radio"/> Repas	<input type="radio"/> Services spécialisés	<input type="radio"/> Autre, précisez : _____
<input type="radio"/> Hébergement à l'Hôtelierie Omer-Brazeau	<input type="radio"/> Service de câblodistribution	<input type="radio"/> Stationnement	_____
<input type="radio"/> Loyer			_____

Êtes-vous présentement hébergé à l'Hôtelierie Omer-Brazeau?    Oui    Non

Remarques particulières relatives à la demande : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## NOTES

- 1 Afin que votre demande soit étudiée, il est obligatoire d'y joindre une attestation écrite de l'hôpital pour l'ensemble de vos rendez-vous et votre avis de cotisation le plus récent (provincial ou fédéral).
- 2 Tous les reçus originaux doivent accompagner la demande. En cas de remboursement partiel, les originaux vous seront retournés par la poste.
- 3 La demande doit couvrir une période maximale de 6 mois, ou nous parvenir dès que possible durant ou après la fin des traitements.
- 4 Assurez-vous de conserver une copie de ce formulaire pour vos dossiers.

## SPÉCIFICATIONS DE VOTRE DEMANDE

Avez-vous reçu ou recevrez-vous une aide financière d'un autre organisme?  Oui  Non

Si vous avez répondu OUI à la question précédente, précisez :

Organisme : \_\_\_\_\_

Quel type d'aide :  Transport  Repas  Prothèse  Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

Période couverte par la demande : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Accompagnatrice / Accompagnateur :  Oui  Non

Autres renseignements pertinents au traitement de votre demande :

---

---

---

---

---

---

---

---

## PERSONNE CONTACT

Nom d'une personne contact (autre que vous) : \_\_\_\_\_

Votre lien avec cette personne : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

X

Signature

Date

## FAITES PARVENIR VOTRE DEMANDE, ACCOMPAGNÉE DE L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS REQUIS :

Par courriel :  
**aidefinanciere@aceq.org**

Par télécopieur :  
**418 724-9725**

Par la poste, à l'adresse : **Association du cancer de l'Est du Québec**  
**Programme d'aide financière**  
**151, rue Saint-Louis**  
**Rimouski (Québec) G5L 5R2**