



## 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**