

## DEMANDE DE FONDS D'ASSISTANCE MÉDICALE

### Aperçu du programme et formulaire de demande

Le Fonds d'assistance médicale fournit une aide financière aux familles dans le besoin - que ce soit pour couvrir une quote-part ou une franchise, acheter des fournitures médicales ou d'auxiliaires de confort.

La demande doit offrir un bénéfice médical pour le bénéficiaire et/ou améliorer la qualité de vie.

**Ce programme est destiné SEULEMENT pour les personnes ayant l'EB et qui sont membre de DEBRA Canada**

#### QUI EST ADMISSIBLE?

- Toute personne avec l'EB qui démontre un besoin financier ou des circonstances atténuantes.
- Tous les demandeurs doivent avoir été diagnostiqués avec l'épidermolyse bulleuse par un médecin et doivent fournir une preuve écrite de diagnostics (lettre du médecin).
- La demande de fonds d'assistance médicale est offert uniquement aux membres de DEBRA Canada. L'adhésion est gratuite – veuillez envoyer un courriel à [ehoyos@debracanada.org](mailto:ehoyos@debracanada.org), Objet: Demande d'adhésion, et demande à devenir membre.
- L'adhésion à DEBRA est gratuite et la demande peut être faite au moment de la demande de fonds d'assistance médicale.
- Les demandes de financement peuvent être faites par n'importe qui (soit un parent / tuteur, représentant, médecin, travailleur social, etc. peuvent faire une demande au nom d'un patient/demandeur atteint de l'EB); mais la personne vivant avec l'EB ou son tuteur légal doit donner son consentement pour la demande.
- Toute subvention qui est faite à un membre de DEBRA doit être déclarée dans les comptes annuels. Le montant reçu sera dans une année, mais les détails des subventions ne seront pas divulgués à moins que le destinataire donne son consentement.

#### QUELS GENRES DE CHOSES SONT COUVERTS PAR LE FONDS?

- Des procédures ou de l'équipement médical lié au traitement de l'EB qui ne sont pas couverts par une assurance ou une autre source d'assistance.
- Des articles qui serviront un but médical bénéfique pour le destinataire et/ou améliorer la qualité de vie.
- Des articles liés aux soins de l'EB.

**DÉTAILS DE FINANCEMENT:**

1. Le Comité du fonds d'assistance médicale considère chaque demande sur une base individuelle et au cas par cas.
2. Les subventions ont une limite de 5000\$ par famille chaque année. Les subventions au-delà de ce montant seront considérées dans des circonstances particulières.
3. Les demandes seront évaluées et les fonds seront distribués sur une base mensuelle. Un financement complet ou partiel est à la discrétion du Comité du fonds d'assistance médicale.
4. Dans tous les cas, le bénéficiaire devrait être le vendeur ou fournisseur. Dans des cas particuliers, DEBRA Canada peut accepter de rembourser le demandeur, aussi longtemps que le reçu est fourni.
5. DEBRA Canada accusera réception toutes les demandes dans un délai d'une semaine.
6. Les débours dépendent des fonds disponibles au moment de la demande.
7. Les décisions définitives et les débours peuvent prendre 5 semaines. **VEUILLEZ IDENTIFIER SUR LE FORMULAIRE DE DEMANDE TOUTE DEMANDE DE NATURE URGENTE.**
8. Afin de vérifier le besoin financier du demandeur, le Comité du fonds d'assistance médicale peut demander de la documentation complémentaire.
9. Le financement peut être refusé sans donner de raison.

**FAÇON DE PRÉSENTER UNE DEMANDE:**

**Remplir le formulaire de demande ci-dessous et le soumettre par courriel, par télécopieur ou par la poste.**

ATTENTION: Agent de liaison du fonds d'assistance médicale

ADRESSE ÉLECTRONIQUE: [debra@debracanada.org](mailto:debra@debracanada.org)

Objet: DEMANDE DE FONDS D'ASSISTANCE MÉDICALE

**Sinon par la poste ou par télécopieur:**

Par télécopieur: 905- 469-1850 (ATTENTION: DEBRA Canada, DEMANDE DE FONDS D'ASSISTANCE MÉDICALE)

Par la poste: (veuillez noter que cette option peut entraîner un retard important dans la réponse de notre comité)

ATTENTION: Demande de fonds d'assistance médicale DEBRA Canada  
1500 rue Upper Middle, Unité #3  
CP 76035  
Oakville, ON, L6M 3H5

**Veuillez communiquer avec Erin Hoyos, secrétaire, à [ehoyos@debracanada.org](mailto:ehoyos@debracanada.org) si vous avez des questions.**

## DEMANDE DE FONDS D'ASSISTANCE MÉDICALE

### Formulaire de demande

Je suis:  **Le demandeur / Patient atteint de l'EB** (*remplissez la section 1*)

**Le représentant du demandeur** (*remplissez les sections 1 et 2*)

**Est-ce une demande d'urgences?**

Oui  Non

#### 1. Détails du demandeur

Nom du demandeur:	
Adresse du demandeur:	
Date de naissance:	Numéro du portable:
Adresse électronique:	Numéro de téléphone de jour:

#### 2. Détails du représentant du demandeur

Demande déposée par::	
Relation avec le demandeur:	
<input type="checkbox"/> <b>Je peux confirmer que le demandeur est conscient que je remplis ce formulaire en son nom et est au courant de l'information contenue.</b>  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">             _____ <b>Signature du représentant</b>               _____ <b>Signature du demandeur</b> </div>	
Adresse du représentant:	
Date de naissance du demandeur:	Numéro du portable du représentant: (facultatif):
Adresse électronique du représentant:	Numéro de téléphone de jour du représentant:

### 3. Information médicale

Type d'EB:
Sous-type (si connu)
<input type="checkbox"/> Lettre du médecin avec la confirmation du diagnostic en pièce jointe

### 4. Demande d'assistance antérieure

Est-ce que le demandeur a fait une demande de fonds d'assistance médicale antérieure auprès de DEBRA Canada?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que la demande antérieure a été approuvée?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si "Oui", date de la demande antérieure: _____ (année, mois, jour)
Si «Oui» et la demande a été approuvée, veuillez indiquer le montant du financement reçu: _____ \$

### 5. Montant du financement demandé:

Montant total du financement demandé:	\$
Si votre demande est rejetée, aimeriez-vous la resoumettre dans l'année civile qui suit pour reconsidération?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

\* Veuillez joindre tous les reçus, factures, estimations, déclarations d'assurance ou 'autres informations vérifiant le coût de l'article demandé (DOIS ÊTRE joint afin de considérer la demande).

### 6. Information financière: **Veillez noter que l'information ne sera pas partagée avec des tiers. L'information sera utilisée pour déterminer le besoin financier seulement.**

Quel est le revenu du ménage du demandeur (par an)?

\_\_\_\_\_ \$ par an.

Combien de personnes vivent dans la maison du demandeur? \_\_\_\_\_

Quelles sont les dépenses moyennes mensuelles pour les soins liés à l'EB?

\_\_\_\_\_ \$ par mois

**\*Veuillez fournir une preuve de revenu et des frais mensuels (reçus provenant de fournisseurs, etc.).**

## 7. Information sur l'assurance provinciale/privée

**Est-ce que l'assurance maladie provinciale offre une couverture partielle?**

Oui  Non

Si «Oui», s'il vous plaît précisez le montant: \_\_\_\_\_ \$

**Est-ce que le demandeur dispose d'une assurance maladie privée?**

Oui  Non

Si «Oui»,

Qui est l'assureur / nom de l'entreprise d'assurance \_\_\_\_\_

Préciser le montant couvert par l'assurance privée \_\_\_\_\_ \$

**\* Inclure une copie de l'examen/approbation de la compagnie d'assurance**

**Si la compagnie d'assurance a décliné, s'il vous plaît expliquez leur raison ci-dessous:**

**\* Inclure une copie de l'avis de déclin de la compagnie d'assurance**

## 8. But du financement

**Fournissez une explication détaillée de la façon dont cet article / demande aidera à la qualité de vie du patient atteint de l'EB et de sa famille.**

*Veuillez donner autant d'informations que possible pour appuyer votre demande. Considérez les questions suivantes:*

- Où? - Pourquoi?

- Quoi? - Combien?

**LISTE DE CONTRÔLE:****Avez-vous rempli et inclus les éléments suivants:**

- Formulaire de demande dûment rempli (tous les domaines pertinents remplis).
  - Lettre d'un médecin avec la confirmation du diagnostic EB.
  - Tous les reçus, les factures, les estimations, les déclarations d'assurance ou d'autres données confirmant le coût de l'article demandé (dois être joint pour considérer la demande).
  - Preuve de la déclaration de revenus.
  - Preuve de l'approbation de la couverture ou du déclin de la compagnie d'assurance (le cas échéant)
  - Preuve des dépenses mensuelles pour les soins liés à l'EB (reçus provenant de fournisseurs)
  - Une explication détaillée de la façon dont cet article / demande aidera à la qualité de vie du patient atteint de l'EB et de sa famille.
- 

**Retournez le formulaire par courriel, télécopieur ou par la poste:**

ATTENTION: Agent de liaison du fonds d'assistance médicale

ADRESSE ÉLECTRONIQUE: [debra@debracanada.org](mailto:debra@debracanada.org)

Objet: DEMANDE DE FONDS D'ASSISTANCE MÉDICALE

**Sinon par la poste ou par télécopieur:**

Par télécopieur: 905- 469-1850 (ATTENTION: DEBRA Canada, DEMANDE DE FONDS D'ASSISTANCE MÉDICALE)

ATTENTION: Demande de fonds d'assistance médicale DEBRA Canada  
 1500 rue Upper Middle, Unité #3  
 CP 76035  
 Oakville, ON, L6M 3H5

Par la poste: (veuillez noter que cette option peut entraîner un retard important dans la réponse de notre comité)

Cette page est pour 'usage du bureau'

La demande doit être examinée par l'agent de liaison et le Comité du fonds d'assistance médicale:

<b>Date de réception:</b> <b>Agent de liaison du fonds d'assistance médicale</b>	Nom:
Commentaires:	
<b>Revue par:</b> <b>Officier de DEBRA Canada</b>	Nom de personne en tête:
Commentaires:	

<b>Demande de fonds d'assistance médicale approuvée</b>		
\$	Signé:	Date:
Commentaires:		
<b>Demande déclinée</b>	Signé:	Date:
Justification:		

<b>Demandeur informé des résultats</b>	
Signé:	Date:
Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/> Le demandeur aimerait que sa demande soit resoumise dans l'année civile qui suit? <input type="checkbox"/>	

<b>Détails de paiement</b>	
Date d'échéance du paiement:	
Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit <input type="checkbox"/> Paiement direct <input type="checkbox"/>	

