

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VOYAGE POUR LES PATIENTS MEMBRES

(dans le cadre du programme du fonds d'assistance médicale de DEBRA Canada)

Veuillez lire les détails de la demande:

1. Le formulaire de demande de voyage médicale fait partie du programme du fonds d'assistance médicale de DEBRA Canada. Ce formulaire peut être utilisé pour demander une subvention de voyage pour des rendez-vous médicaux et peut être utilisé pour des voyages non médicaux. (sous réserve de l'approbation du conseil d'administration de DEBRA Canada).
2. La demande de subvention de voyage est disponible uniquement aux membres de DEBRA Canada.
3. L'adhésion à DEBRA Canada est gratuite et la demande peut être faite au moment de la demande de subvention de voyage.
4. **Les demandes doivent être soumises au moins 4 semaines avant les dates de voyage proposées.** Exceptions de moins de 4 semaines avant la date du voyage seront prises en compte en cas d'urgence / cas par cas.
5. Votre estimation des coûts devrait être basée sur les tarifs de voyage de classe économique et d'hébergement standard. N'hésitez pas à demander à DEBRA pour des recommandations d'hôtels.
6. Veuillez envoyer votre formulaire de demande à l'adresse électronique ci-dessous.
7. Les demandes seront examinées et décidées par le Comité exécutif de DEBRA Canada et responsable du fonds d'assistance médicale de DEBRA.
8. Le nombre de personnes pouvant être financées par famille est généralement un patient et un soignant. Toutefois, des exceptions peuvent être faites à la discrétion du Conseil d'administration ou du Comité exécutif de DEBRA Canada.
9. Les candidats retenus et non retenus seront informés dans le plus bref délai.
10. Veuillez noter que les reçus doivent être fournis comme preuve de fonds à rembourser (ex : taxi, navette, etc.) DEBRA Canada préfère réserver le voyage (vol, train) ou l'hôtel directement auprès du fournisseur au nom d'un membre.
11. Si votre demande de financement est approuvée, vous serez demandé de fournir un bref rapport sur la façon dont la subvention a contribué à votre groupe par le 1er décembre de la même année. Veuillez utiliser le formulaire de déclaration disponible sur le site de DEBRA Canada. Ces rapports peuvent être présentés à la communauté à travers nos canaux de communication (bulletin d'information et site Web) à titre d'exemple pour démontrer comment DEBRA peut apporter un soutien aux patients et les familles membres.

Remplir le formulaire de demande ci-dessous et le soumettre par courriel préférablement (autrement par télécopieur ou par la poste).

debra@debracanada.org (référence: Demande de voyage pour les patients membres)

Sinon par la poste ou par télécopieur à:

Par télécopieur: 905- 469-1850 (ATTENTION: DEBRA Canada, Demande de voyage pour les patients membres)

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

ATTENTION: Demande de voyage pour les patients membres
1500 rue Upper Middle, Unité #3
CP 76035
Oakville, ON, L6M 3H5

Veuillez communiquer avec Erin Hoyos, secrétaire / adjointe administrative, à ehoyos@debracanada.org si vous avez des questions.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VOYAGE POUR LES PATIENTS MEMBRES

VEUILLEZ SOUMETTRE LA DEMANDE UN MINIMUM DE 4 SEMAINES AVANT LE RENDEZ-VOUS / DATES DE VOYAGES

Nota : Les soumissions dont le délai d'exécution est inférieur à 4 semaines seront acceptées au cas par cas ou sur demande urgente.

Est-ce une demande urgente?

Oui Non

DATE DE SOUMISSION : _____

DATE REÇU (RÉSERVÉ AU BUREAU DEBRA SEULEMENT) : _____

A. DEMANDEUR

Remarque: Le demandeur doit être membre actuel ou associé de DEBRA Canada (ex. : médicale).

Nom du patient membre (Prénom, nom de famille)	
Demande faite au nom d'un patient membre : Prénom, nom de famille, nom de l'organisme (si applicable) (veuillez spécifier le lien avec le patient membre)	
Adresse :	
Ville, province et code postal :	
Adresse électronique :	
Dates de voyages: (JJ/MM/AAAA – JJ/MM/AAAA)	

B. SOUTIEN DEMANDÉ

1. Détails de l'établissement médical (ou autre) que vous souhaitez visiter et que vous demandez du financement pour voyager

Nom de l'établissement	
Emplacement	
Date(s)	

2. Veuillez décrire, en quelques phrases, pourquoi vous demandez une subvention de voyage et comment cela vous aidera avec vos soins EB et / ou votre qualité de vie?

3. Estimation des coûts de l'aide demandée

<p>Les frais de voyage en CAD (avion/train/voiture)</p> <p>NB: seulement voyage économie. Veuillez fournir deux options à meilleur prix.</p> <p>Pour la voiture - veuillez indiquer le kilométrage (aller-retour). Veuillez utiliser Google Maps pour estimer le kilométrage.</p> <p>Pour les services de taxi / navette pour personnes à mobilité réduite - Veuillez estimer le prix du voyage aller-retour. Veuillez préciser la compagnie de taxi et les tarifs indiqués.</p>	<p><i>Décrire lequel; par exemple «Billet d’Air Canada Toronto – Ontario»</i></p> <p><i>Pour le vol, veuillez inclure le numéro de vol</i></p> <p>_____ km</p> <p>aller-retour (veuillez indiquer le kilométrage basé sur Google Maps)</p>	<p>_____ CAD</p> <p>_____ CAD</p> <p>_____ CAD</p> <p>_____ CAD</p>
<p>Logement NB: dans l'une des chambres réservées ou suggérées par l'hôte de la conférence.</p>	<p><i>Veuillez indiquer le nom de l’hôtel et le nombre de nuits.</i></p> <p><i>Précisez :</i></p>	<p>_____ CAD</p> <p>_____ US (si applicable)</p>
<p>Autres services (veuillez fournir des estimations, les reçus doivent être soumis pour remboursement). * conservez vos reçus.</p> <p>ex : stationnement, nourriture/repas</p> <p>Remarque: La clinique EB à l'hôpital Sick Children de Toronto fournit des bons de stationnement et de repas.</p>	<p>Précisez:</p>	<p>_____ CAD</p>
<p>ESTIMATION TOTAL</p>		<p>_____ CAD</p>