

1ère demande Autre : # _____

1 • Informations générales

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Prov. : _____
 Code postal : _____ Date de naissance : _____
 Numéro de téléphone à la maison : (_____) _____ Autre numéro de téléphone : (_____) _____
 État civil : célibataire marié(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e)
 Nombre de personnes à charge : _____ et leur âge : _____
 Métier ou profession : _____ Employeur : _____

2 • Personne contact

Nom d'une personne contact : _____
 Lien avec cette personne : _____ Téléphone : (_____) _____

3 • État de santé

Diagnostic : _____
 Type de traitement : Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie Autre : _____
 Fréquence des traitements : _____
 Lieu des traitements : _____
 Dates des traitements : _____

4 • Spécifications de votre demande

Avez-vous reçu ou recevrez-vous une aide financière d'un autre organisme : Oui Non
 Si oui, quel organisme : _____
 Quel type d'aide : Transport Repas Prothèse Autre : _____
 Période couverte par cette demande : de : _____ à : _____
 Accompagnateur ou accompagnatrice : Oui Non

Aide demandée	Nombre	Coût	Explications
1. Transport			
2. Hébergement			
3. Repas			
4. Autre			

Autres informations pertinentes au traitement de votre demande : _____

Signature : _____ Date : _____

- Note :**
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 ou pour chaque visite.
 2. Tous les reçus originaux doivent accompagner la demande.
 3. La demande doit couvrir un période maximale de 6 mois ou nous parvenir dès que possible après la fin des traitements.
 4. Veuillez garder une copie de cette feuille pour vos dossiers.

VEUILLEZ RETOURNER CETTE DEMANDE À :

Fondation Annette Cimon LeBel
 54, rue Amyot
 Rivière-du-Loup (Québec)
 G5R 3E9