




# Fondation du lymphoedème

Mauricie/Centre-du-Québec

## Demande d'aide financière

La Fondation du lymphoedème Mauricie, organisme bénévole à but non lucratif, peut offrir une aide financière à une personne à condition d'avoir son consentement explicite et volontaire. La Fondation ne peut intervenir que dans les limites des décisions de son conseil d'administration et des ressources financières disponibles réservées aux **drainages lymphatiques (thérapies combinées décongestives)**. Les traitements doivent être pratiqués par un(e) thérapeute certifié(e) à jour de la technique Vodder, tel que définit et reconnu par l'École internationale Vodder.

VEUILLEZ FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE REMPLI À :		
<b>Fondation du lymphoedème Mauricie/Centre-du-Québec</b> <b>326, rue Vachon, Trois-Rivières (Québec) G8T 8Y2</b> <b>Téléphone / Fax : 819 693-5869      info@fondationlymphoedeme.ca</b>		
IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE		
Nom de famille (à la naissance)	Prénom <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	
Nom et prénom du conjoint	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait	
Date de naissance                      AAAA/MM/JJ	Adresse courriel	
Adresse		
Ville	Code postal	Téléphone
Nombre de personnes à charge	Âge des personnes à charge	
Remarque(s)		
SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT		
Diagnostic	<input type="checkbox"/> Lymphoedème primaire <input type="checkbox"/> Lymphoedème secondaire	
Date du diagnostic                      AAAA/MM/JJ	Type de traitements reçus (cochez toutes les cases requises)	
Référé(e) pour traitement <input type="checkbox"/> préventif <input type="checkbox"/> curatif	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)	
Nom du médecin (en caractères d'imprimerie S.V.P.)	No de téléphone	
Signature du médecin traitant <b>x</b>	Date	AAAA/MM/JJ
Détails additionnels sur la condition du bénéficiaire		

RESSOURCES FINANCIÈRES ACTUELLES	
<input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Assurance-emploi <input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> Assurance-salaire <input type="checkbox"/> Autres	Remarque
 <i>Joindre une copie de votre dernier avis de cotisation et, si nécessaire, celui de votre conjoint.</i>	
Avez-vous fait une demande d'aide financière pour ce même besoin auprès d'un autre organisme communautaire ou de bienfaisance ou auprès d'instances gouvernementales ? Si oui, donnez les coordonnées de l'organisme concerné.	
Mentionnez ici toute information additionnelle	
DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE	
Je déclare que tous les renseignements sont véridiques et exacts. Je suis conscient(e) que toute fausse déclaration peut entraîner le rejet immédiat de ma demande et/ou le remboursement des frais engagés par la Fondation auprès du thérapeute. En signant cette demande d'aide financière, j'autorise mon médecin traitant à fournir des renseignements sur mon dossier médical aux membres du comité d'évaluation de la Fondation dans le but de vérifier mon admissibilité à l'aide financière offerte.	
Signature du bénéficiaire	AAAA/MM/JJ
	
 <i>Conserver une copie pour vos dossiers et transmettre le formulaire original à la Fondation.</i>	

À L'USAGE EXCLUSIF DE LA FONDATION		
Date de réception :	Initiales	Région administrative du bénéficiaire
Date de la décision du comité	<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> En attente <input type="checkbox"/> Refusée	
Thérapeute	Date premier drainage	Date prévue du dernier drainage
Commentaires additionnels		