



Multiple
Sclerosis
Society of
Canada

Société
canadienne
de la sclérose
en plaques



250, rue Dundas Ouest Bureau 500
Toronto (Ontario) M5T 2Z5
Numéro sans frais : 1 844 859-6789
Télec. : 416 916-3124
[Courriel : equipment@mssociety.ca](mailto:equipment@mssociety.ca)
[Site Web : scleroseenplaques.ca](http://www.scleroseenplaques.ca)

Demande de subvention pour la qualité de vie destinée à l'acquisition d'équipement

Une fois le formulaire rempli et signé, veuillez nous le faire parvenir par télécopie, par courriel ou par la poste après y avoir joint tous les documents requis (rapport d'évaluation signé par le professionnel de la santé, confirmation du diagnostic de SP et estimations des fournisseurs). **Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.**

Important : Avant de commencer à remplir un formulaire de demande, veuillez lire attentivement les lignes directrices relatives au Programme de subventions pour la qualité de vie destinées à l'acquisition ou à la réparation d'équipement, consultables à partir du site Web de la Société canadienne de la SP.

A. Renseignements personnels

Nom*	Prénom* <input type="text"/>	Nom de famille* <input type="text"/>	Date de naissance* <input type="text"/>
Adresse*	<input type="text"/>	Ville* <input type="text"/>	Province* <input type="text"/>
Code postal*	<input type="text"/>	Num. de tél. <input type="text"/>	
Courriel*	<input type="text"/>		Je n'ai pas d'adresse courriel <input type="text"/>
Pronoms :	Il <input type="text"/>	Elle <input type="text"/>	Autre <input type="text"/>
Forme de SP	Progressive primaire <input type="text"/>	Progressive secondaire <input type="text"/>	Cyclique (poussées-rémissions) <input type="text"/>
	SCI (syndr. cliniq. isolé) <input type="text"/>	Maladie connexe <input type="text"/>	

Personne-ressource désignée (si différente de la personne ci-dessus)

Nom*	Prénom* <input type="text"/>	Nom de famille* <input type="text"/>
Adresse*	<input type="text"/>	Ville* <input type="text"/>
		Province* <input type="text"/>
Code postal*	<input type="text"/>	Num. de tél.* <input type="text"/>
Courriel*	<input type="text"/>	
		Je n'ai pas d'adresse courriel <input type="text"/>

Sources de revenu familial

Client* Indiquez O (pour « oui ») partout où cela s'applique :

En emploi <input type="text"/>	RPC <input type="text"/>	PPIRPC <input type="text"/>	Soutien du revenu – Provincial <input type="text"/>
Sécurité de la vieillesse (SV) <input type="text"/>	Ininvalidité de longue durée (ILD) <input type="text"/>	Autre <input type="text"/>	

Conjoint/partenaire* Indiquez O (pour « oui ») partout où cela s'applique :

En emploi <input type="text"/>	RPC <input type="text"/>	PPIRPC <input type="text"/>	Soutien du revenu – Provincial <input type="text"/>
Sécurité de la vieillesse (SV) <input type="text"/>	Ininvalidité de longue durée (ILD) <input type="text"/>	Autre <input type="text"/>	

B. Rapport d'évaluation d'un professionnel de la santé et signature

La demande doit être accompagnée d'un rapport d'évaluation détaillé, rédigé et signé par le professionnel de la santé (PS) concerné; veuillez utiliser le formulaire fourni à la section H. Veuillez fournir le nom et les coordonnées du PS ayant rempli le rapport d'évaluation.

Nom du PS* Num. de tél.*
Titre* Courriel*

C. Équipement faisant l'objet de la présente demande

Type d'équipement*

Liste de sources de financement autres** Veuillez préciser le montant ayant été accordé.

	Montant*	Demande soumise O/N
Programmes d'aide gouvernementaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organismes communautaires (p. ex. Marche des dix sous)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Régime d'assurance-maladie complémentaire/assurance collective	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clubs/fondations (p. ex. Club des Lions)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contribution de la personne atteinte de SP/famille	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant provenant d'autres sources (total)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Veuillez préciser toutes les sources de financement auxquelles vous avez soumis une demande :

Veuillez entrer le coût total de l'équipement, soustraire du coût le montant assuré par d'autres sources, puis indiquer le montant final de l'aide financière demandée :

Coût total de l'équipement*

Montant provenant d'autres sources* ()

Contribution totale demandée à la Société de la SP (montant max. : 1 000 \$)*

Revenu mensuel du ménage après impôt*

Veuillez indiquer dans le tableau ci-contre le nombre de personnes (membres de votre ménage) qui résident actuellement à votre adresse. * Si le revenu du ménage est supérieur à la valeur indiquée dans la colonne « SFR x 1,5 » pour le nombre de personnes membres du ménage, la demande ne sera pas admissible (veuillez cocher une seule option).

	Ménage	SFR x 1,5
<input type="checkbox"/>	1 personne	2 684 \$
<input type="checkbox"/>	2 personnes	3 267 \$
<input type="checkbox"/>	3 personnes	4 069 \$
<input type="checkbox"/>	4 personnes	5 076 \$
<input type="checkbox"/>	5 personnes	5 780 \$
<input type="checkbox"/>	6 personnes	6 411 \$
<input type="checkbox"/>	7 personnes ou plus	7 041 \$

Veillez indiquer le nom de l'entreprise (fournisseur) qui vous a fait parvenir le devis portant sur l'équipement.*

Veillez indiquer le numéro de référence ou la date figurant sur le devis que vous avez reçu du fournisseur.*

Adresse* Ville* Province*
Code postal* Num. de tél.
Courriel*

La Société de la SP n'exige pas que je lui soumette une copie du devis que j'ai reçu du fournisseur, mais j'accepte de conserver une telle copie et de la fournir à la Société de la SP si celle-ci me le demande.*

Initiales

D. Impact sur la qualité de vie

Dans le cas où votre demande serait approuvée, quel impact cela aurait-il sur votre qualité de vie?

Dans le cas où la Société de la SP ne pourrait vous accorder qu'une partie du financement demandé, quel impact cela aurait-il sur votre situation financière et/ou votre qualité de vie?

E. Exonération de toute réclamation et/ou de dédommagement en lien avec l'équipement fourni

L'équipement qui fait l'objet de la présente demande est financé par la Société de la SP, mais demeurera la propriété de la personne qui fait la demande pendant la période nécessaire. La Société de la SP n'est pas responsable de la maintenance ni de la réparation de l'équipement qui fait l'objet de la présente demande. Le financement est accordé sous condition que la Société de la SP ne soit pas tenue responsable de quelconques dommages, réclamations ou causes d'action qui pourraient survenir en lien avec l'équipement en question.

Je libère la Société canadienne de la SP de toute réclamation pouvant découler de l'utilisation de cet équipement.

Initiales

F. Divulgence de l'information par la Société de la SP et autorisation de communiquer avec la personne signataire

La Société canadienne de la sclérose en plaques protège votre vie privée. L'information fournie dans le présent formulaire et un résumé des services demandés seront entrés dans la base de données des services de notre organisme. Cette information nous permettra d'optimiser la qualité des services que nous vous procurons, de vous fournir de l'information sur nos programmes et services ainsi que d'accumuler des données statistiques anonymes. Les renseignements compris dans le présent formulaire ne sont communiqués à des personnes et à des entreprises extérieures à la Société canadienne de la SP qu'en cas d'absolue nécessité relativement à la présente demande et seulement si la personne soumettant ce formulaire a signé la présente autorisation à divulguer les renseignements la concernant. En remplissant ce formulaire, vous acceptez que la Société canadienne de la SP recueille, utilise et communique vos renseignements personnels à ces fins.

Consentement

(nom en lettres détachées)

Je, , autorise par la présente la Société de la SP à conserver et à diffuser certains de mes renseignements personnels pour les besoins de la prestation de services.

Je souhaite toutefois poser les restrictions suivantes à la divulgation de l'information fournie :

Signature

Date

De plus, veuillez nous faire savoir si les représentants de la Société canadienne de la sclérose en plaques peuvent mentionner qu'ils appellent au nom de la Société de la SP lorsqu'ils vous téléphonent ou vous laissent un message.

Initiales :

Je confirme que je n'ai pas déjà commandé ou payé l'équipement faisant l'objet de la présente demande et que les estimations soumises sont valides.

Initiales :

G. Déclaration de besoins financiers

Je comprends que la Société canadienne de la SP procure gratuitement des services et des produits aux personnes touchées par la SP ou une maladie connexe qui, autrement, ne pourraient obtenir ce type de soutien en raison de leurs difficultés financières.

Je confirme par ailleurs que, compte tenu des moyens financiers dont je dispose, je ne serais pas en mesure de me procurer ce type de soutien sans l'aide de la Société canadienne de la SP. Je comprends également qu'on pourrait me demander de fournir de l'information supplémentaire sur ma situation financière.

Initiales :

Politique de confidentialité

Si vous avez des questions au sujet de vos renseignements personnels ou de la politique de protection de la vie privée de la Société de la SP, veuillez communiquer avec la personne responsable en matière de confidentialité, à priv@scleroseenplaques.ca ou au 1 800 268-7582.

H : Formulaire d'évaluation du professionnel de la santé (PS)

Remarque : Le professionnel de la santé (p. ex. ergothérapeute, physiothérapeute, médecin) qui prescrit l'équipement faisant l'objet de la demande doit remplir le présent formulaire.

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Nom* Num. de tél.*

Titre* Courriel*

Entreprise ou organisme affilié*

Nom du patient*

Veillez décrire l'équipement que vous prescrivez (p. ex. attelle pour cheville, déambulateur, quadriporteur).*

De quelle façon ce type de soutien permettra-t-il d'atténuer les symptômes causés par la SP ou une maladie connexe qu'éprouve la personne qui fait la demande?*

De quelle façon la personne qui fait la demande et sa famille bénéficieront-elles du financement et de l'équipement prescrit?*

Je suis en mesure de confirmer que la personne qui fait la demande est atteinte de SP ou d'une maladie connexe.*

Initiales :

À ma connaissance, le présent rapport d'évaluation est exact.

Signature

Date

Veillez retourner le présent formulaire dûment rempli à la personne qui fait la demande; ce formulaire devra être joint à la demande.