

Le programme d'assistance aux patients Wendy l'ourson fut ainsi nommé en mémoire de Wendy Sittler, l'épouse du légendaire hockeyeur Darryl Sittler, qui fut une amie loyale de notre organisation. Wendy a joué un rôle important dans la mission de sensibilisation de Cancer du côlon Canada ainsi que lors des collectes de fonds, et ce, jusqu'à son décès, en 2002. Elle tenait à ce que chaque personne diagnostiquée avec le cancer reçoive le support nécessaire pour réussir à vivre avec la maladie. C'est pour honorer sa mémoire que Wendy l'ourson fut créé et que 100 % des profits engendrés par sa vente viennent aujourd'hui directement en aide aux patients de soins palliatifs qui en ont besoin.

## **DIRECTIVES**

### **Admissibilité au programme**

Tous les patients palliatifs (stade 3 ou 4) atteints du cancer colorectal et résidant au Canada qui éprouvent des difficultés financières attribuables à la maladie sont admissibles. L'aide financière est accordée sur base annuelle aux patients dont la situation financière répond à nos critères de qualification de revenu inférieur à un combiné \$60 000 par ménage par an. Les patients doivent fournir :

1. Une copie de leur déclaration de revenus pour l'année précédente
2. Une copie de la déclaration de revenus de leur conjoint (e) pour l'année précédente
3. Une lettre faisant état de la situation financière du patient
4. Tous les reçus correspondants à la demande (Des exceptions peuvent être considérées pour des reçus des derniers deux mois de l'année précédente)

Les patients peuvent présenter une nouvelle demande d'aide financière aussi souvent que nécessaire pour une même année, en autant qu'une nouvelle demande soit complétée pour chaque soumission. Cancer du côlon Canada se réserve le droit de rejeter une demande si :

Le financement additionnel demandé dépasse la limite annuelle totale de **1 000 \$** par patient.

Chaque dossier d'application est évalué par un comité qui prend en considération le revenu du ménage et les dépenses médicales encourues ainsi que les divers frais occasionnés.

### **Coûts admissibles à la couverture par l'aide financière de CCC :**

- Les médicaments qui ne sont pas couverts par le plan provincial/privé (*ex. : analgésiques; etc.*)
- Soins à domicile (*ex. : infirmier (ère); literie spécialisée; soins pour colostomie/stomie; etc.*)
- Accessoires pour colostomie/stomie (jusqu'à concurrence de **500 \$** par application)
- Factures de pharmacies (*ex. : produits sans ordonnance; vitamines; substituts de repas; laxatifs; etc.*)
- Épicerie (jusqu'à concurrence de **250 \$** par application)
- Loyer/services/hypothèque (téléphone jusqu'à **100 \$**, chauffage et électricité jusqu'à **500 \$**)
- Essence/stationnement/transports (jusqu'à concurrence de **250 \$** par application)
- Service de garde (coûts encourus par l'absence des parents à cause des traitements)

### **Coûts qui ne sont pas pris en charge par l'aide financière de CCC**

- Régimes de traitements qui ne sont pas complètement couverts par le plan provincial/privé (*ex. : thérapies à infusion; chimiothérapies; etc.*)
- Paiements de carte de crédit (sans justifier l'origine des coûts, c.-à-d. si la carte de crédit a servi à couvrir l'une ou l'autre des dépenses admissibles énumérées ci-haut, nous sommes heureux de vous épauler)
- Thérapies médicales alternatives

### **Coûts dont l'admissibilité sera évaluée au cas par cas :**

(chacun doit être accompagné d'une lettre d'un professionnel de la santé en expliquant en détail la nécessité)

- Soins dentaires

- Lunettes/soins de la vue

**TOUS LES CHAMPS DOIVENT ÊTRE REMPLIS AVANT LA SOUMISSION DU FORMULAIRE**

Le formulaire doit être rempli par un médecin ou un travailleur social, puis faxé ou posté à Cancer du côlon Canada. Nous contacterons la personne appropriée après examen du formulaire.

**Information du patient**

NOM DU PATIENT		DATE
DATE DE NAISSANCE		SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
ADRESSE POSTALE		
TÉLÉPHONE	COURRIEL	
Autorisez-vous Cancer du côlon Canada à communiquer avec vous pour des mises à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
ÉTAT CIVIL	NOM DU CONJOINT/ DE LA CONJOINTE	
PERSONNES À CHARGE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SI OUI, VEUILLEZ ÉNUMÉRER TOUTES LES PERSONNES À CHARGE	

**Information administrative**

NOM DU CONTACT (Travailleur Social ou Médecin)	TITRE PROFESSIONNEL
ORGANISME	
ADRESSE POSTALE	
TÉLÉPHONE	COURRIEL

**Information médicale**

**À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN MÉDECIN**

DIAGNOSTIC	STADE	DATE DU DIAGNOSTIC
TRAITEMENTS REQUIS <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chirurgie Fréquence des traitements : _____ / par année		ACCESSOIRES NÉCESSAIRES <input type="checkbox"/> Sacs de stomie <input type="checkbox"/> Autre : _____
NOM DU MÉDECIN		TITRE PROFESSIONNEL
ADRESSE POSTALE		TÉLÉPHONE
SIGNATURE DU MÉDECIN		

**Information financière**

Veillez fournir ces informations financières afin de faciliter notre processus de décision. Une copie de la déclaration de revenus pour l'année précédente ainsi qu'une lettre détaillant la situation financière du patient doivent aussi être inclus.

SITUATION D'EMPLOI <input type="checkbox"/> Emploi à temps plein <input type="checkbox"/> En congé maladie ou d'invalidité <input type="checkbox"/> Emploi à temps partiel <input type="checkbox"/> Sans emploi	
ASSISTANCE FINANCIÈRE <input type="checkbox"/> Programme gouvernemental : _____ \$ <input type="checkbox"/> Organisme de bienfaisance : _____ \$ <input type="checkbox"/> Autre : _____ \$	MONTANT REÇU ANNUELLEMENT
NOM DU PROGRAMME D'ASSISTANCE FINANCIÈRE	

### Informations relatives à la demande

Les reçus, factures ou relevés doivent être inclus avec chaque demande d'aide financière et datés de la même année civile. Les demandes reçues sans les documents appropriés seront rejetées.

Médicaments qui ne sont pas couverts par le plan provincial/privé	\$
Soins à domicile (Infirmier (ère), literie spécialisée, etc.)	\$
Accessoires pour colostomie/stomie (jusqu'à concurrence de 500 \$ par application)	\$
Factures de pharmacie (produits en vente libre pour le soulagement des symptômes comme Visine, vitamines, Ensure, pastilles, Immodium, Dulcolax, etc.)	\$
Épicerie (jusqu'à concurrence de 250 \$ par application)	\$
Soins dentaires (doit être accompagné par une lettre d'un dentiste expliquant la nécessité du traitement)	\$
Loyer/services/hypothèque/téléphone (téléphone jusqu'à 100 \$, services (chauffage, électricité...) jusqu'à 500 \$)	\$
Essence/stationnement/transport – coûts reliés aux rendez-vous et traitements (jusqu'à concurrence de 250 \$ par application)	\$
Service de garde (absence des parents à cause des traitements)	\$
Autres (veuillez spécifier)	\$
<b>MONTANT TOTAL DEMANDÉ – Jusqu'à 1 000 \$ par année civile</b>	<b>\$</b>

**Veuillez soumettre ce formulaire accompagné de tous les documents requis (copie de tous les reçus; déclaration de revenus pour l'année précédente; lettre expliquant la situation financière du patient) par la poste à l'adresse ci-dessous, ou via fax.**

**Colon Cancer Canada/Cancer du côlon Canada  
RE: PROGRAMME D'ASSISTANCE WENDY L'OURSON  
5915 rue Leslie, Suite 204  
Toronto, ON, M2H 1J8  
Tél. : 416-785-0449 | Fax : 416-785-0450**

Courriel : [info@coloncancer canada.ca](mailto:info@coloncancer canada.ca) | Site Web : [coloncancer canada.ca](http://coloncancer canada.ca)