



FORMULAIRE D'INSCRIPTION PROGRAMME D'AIDE LA VIE APRÈS LA MALADIE

AIDE TEMPORAIRE ACCORDÉE APRÈS LA PÉRIODE DE TRAITEMENTS DE L'ENFANT

PARTIE 1 INFORMATIONS GÉNÉRALES

Prénom de l'enfant : _____ Nom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____ (jour/mois/an) Sexe : F M
Prénom de la mère : _____ Nom de la mère : _____
Prénom du père : _____ Nom du père : _____
Prénom et nom du tuteur (s'il y a lieu) : _____

Adresse 1

Adresse : _____
Ville : _____ CP : _____
Téléphone résidence : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____

Parlez-vous français? Oui Non

De quelle nationalité êtes-vous? _____

Arrivée au Québec depuis (j/m/a) : _____

Nom de l'hôpital : _____

Si l'enfant est hospitalisé : • Veuillez nous indiquer le numéro de la chambre : _____

• Si connue, la date de sa sortie : _____

• Demeurez-vous au Manoir Ronald McDonald? _____

Médecin traitant : _____

Adresse 2

(adresse du père si différente de la mère)

Adresse : _____
Ville : _____ CP : _____
Téléphone résidence : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____

Parlez-vous français? Oui Non

De quelle nationalité êtes-vous? _____

Arrivée au Québec depuis (j/m/a) : _____

Travailleur social : _____

Référé par : _____



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
PROGRAMME D'AIDE
LA VIE APRÈS LA MALADIE**

AIDE TEMPORAIRE ACCORDÉE APRÈS LA PÉRIODE DE TRAITEMENTS DE L'ENFANT

**PARTIE 1-A
SITUATION FAMILIALE**

Le(s) enfant(s) habite(nt) avec : Mère et père Mère Père Garde partagée

Nombre d'enfants à charge : _____

Nom des personnes habitant l'adresse 1 (y compris le nom du conjoint)

Prénom	Nom	Sexe	Date naissance Jour/mois/année
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Résumé de la situation familiale actuelle:



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
PROGRAMME D'AIDE
LA VIE APRÈS LA MALADIE**

AIDE TEMPORAIRE ACCORDÉE APRÈS LA PÉRIODE DE TRAITEMENTS DE L'ENFANT

PARTIE 2

À FAIRE COMPLÉTER PAR VOTRE PROFESSIONNEL

NOM DE L'ENFANT : _____

Type de cancer : _____

Date du diagnostic : _____ (j/m/a) Date de fin des traitements : _____ (j/m/a)

SUIVI POST-TRAITEMENTS

Fréquence des visites : Hebdomadaire Mensuelle Date de fin des suivis : _____ (j/m/a)

Médication (s'il y a lieu) : _____

Description du suivi : _____

L'enfant a-t-il des séquelles? Oui Non Si oui, lesquelles : _____

GREFFE ET RECHUTE

L'enfant a subi une greffe de moelle ? Oui Non Date: _____ (j/m/a)

L'enfant est-il en rechute? Oui Non Date: _____ (j/m/a)

Si oui, nombre de mois de traitements : _____ Date fin des traitements : _____ (j/m/a)

L'enfant subira une greffe de moelle ? Oui Non Date: _____ (j/m/a)

NOTES du professionnel : _____

Signature du médecin traitant

Nom en lettres moulées

OU

Signature de l'infirmière recherche ou pivot

Nom en lettres moulées



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
PROGRAMME D'AIDE
LA VIE APRÈS LA MALADIE**

AIDE TEMPORAIRE ACCORDÉE APRÈS LA PÉRIODE DE TRAITEMENTS DE L'ENFANT

PARTIE 3
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

AFIN QUE VOTRE DEMANDE SOIT ANALYSÉE ADÉQUATEMENT, VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SE RAPPORTANT À VOTRE SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE

VEUILLEZ JOINDRE LE SOMMAIRE DE L'IMPÔT DE LA DERNIÈRE ANNÉE

Revenus bruts de l'année précédente : Père _____ \$ Mère _____ \$

SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE

	Père	Mère
<input type="checkbox"/> Salaires mensuels (bruts)	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Revenu mensuel d'assurance collective	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Revenu mensuel d'assurance emploi	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Revenu mensuel de Solidarité sociale	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Revenu mensuel de pension alimentaire	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Soutien aux enfants Québec - vers. trimestriel	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Prestation fiscale canadienne pour enfants - vers. mensuelle	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Revenus de prêts et bourses	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> Êtes-vous présentement en arrêt de travail?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si oui, depuis quelle date :	_____ (jour/mois/année)	
<input type="checkbox"/> Êtes-vous éligible aux prestations pour parents d'enfant gravement malade?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si oui, depuis quelle date :	_____ (j/m/a)	
<input type="checkbox"/> Veuillez nous indiquer le montant mensuel :	_____ \$	

Veillez détailler les autres formes d'aide reçues :

Leucan : _____ \$ Mensuel Description : _____
Fondations : _____ \$ Mensuel Description : _____
Autres : _____ \$ Mensuel Description : _____

Déclaration et signature

JE DÉCLARE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR CE PRÉSENT FORMULAIRE SONT VÉRIDIQUES.
LE PARENT EST RESPONSABLE DE NOUS AVISER DE TOUT CHANGEMENT À LA SITUATION.

Signature : _____ Date : _____

Nom en lettres moulées : _____



FORMULAIRE D'INSCRIPTION PROGRAMME D'AIDE LA VIE APRÈS LA MALADIE

AIDE TEMPORAIRE ACCORDÉE APRÈS LA PÉRIODE DE TRAITEMENTS DE L'ENFANT

PARTIE 4

La Fondation Marie-Ève-Saulnier a pour mission de soutenir les familles qui ont un enfant atteint de cancer et qui vivent une situation financière difficile. Le programme « Bien-être aux familles » permet d'offrir mensuellement des cartes d'achat pour l'épicerie et/ou l'essence. Afin de nous aider à mieux évaluer vos besoins, veuillez nous indiquer :

Avez-vous une voiture? Oui Non

Quelle est votre préférence en ce qui concerne vos achats en épicerie? Métro – Super C – Pharmacie Brunet

Provigo – Maxi - Loblaw

Quelle est votre préférence en ce qui concerne vos achats en essence? Pétro Canada Dépanneur du Coin

Ultramar

Pour la Fondation Marie-Ève-Saulnier, chaque famille est unique. Afin de pouvoir mettre un visage sur le nom de chaque enfant dont nous aidons la famille, nous vous demandons de nous faire parvenir une photo, pour ajouter à votre dossier.

AUTORISATION

Moi _____ donne l'autorisation à la Fondation MARIE-EVE-SAULNIER d'utiliser la photo de mon enfant, _____ prise à son dossier ou dans le cadre d'activités comme preuve d'aide ou que celle-ci soit placée sur les réseaux sociaux ou notre site internet. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de l'enfant et ne devront pas porter atteinte à sa réputation.

Signature du parent : _____

Nom en lettres moulées : _____

DATE : _____



FORMULAIRE D'INSCRIPTION PROGRAMME D'AIDE LA VIE APRÈS LA MALADIE

AIDE TEMPORAIRE ACCORDÉE APRÈS LA PÉRIODE DE TRAITEMENTS DE L'ENFANT

PARTIE 5

La Fondation étudie la possibilité d'élargir son offre de soutien. Outre les besoins financiers, comment la Fondation pourrait-elle vous venir en aide? Indiquez vos besoins les plus importants :

1. Souhaiteriez-vous obtenir une autre forme d'aide alimentaire que celle offerte sous forme de cartes d'achat?
 Oui précisez : _____
 Non, les cartes me suffisent
2. Souhaiteriez-vous participer à des rencontres individuelles avec un(e) psychologue ou un(e) thérapeute professionnel reconnu et expérimenté ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)
 Oui, une aide **individuelle** Oui, une aide pour **l'enfant** malade
 Oui, une aide en **couple** Oui, une aide pour la **famille**
3. Souhaiteriez-vous participer à un groupe de rencontres animées par un professionnel et portant sur des sujets précis que doivent affronter les parents dans ces circonstances?
 Oui, spécifiquement pour les hommes Oui, spécifiquement pour le couple
 Oui, spécifiquement pour les femmes Non
4. Souhaiteriez-vous obtenir des rencontres en coaching familial, afin de développer des outils concrets et adaptés à chaque étape, afin de traverser cette difficile épreuve en famille.
 Oui, **au début** des traitements de mon enfant Oui, **après** les traitements de mon enfant
 Oui, **pendant** les traitements de mon enfant Non
5. Souhaiteriez-vous participer à des **pauses répit** ?
 Oui, afin d'avoir des sorties ou du répit quelques heures
 Oui, pour nous permettre de faire nos commissions.
 Non, pas intéressé
6. Souhaiteriez-vous participer à un **programme de parrainage** entre parents?
 Oui Non
 Indécis

Merci de votre précieuse collaboration!

S.V.P. retourner le formulaire complété à l'adresse suivante :

Fondation Marie-Ève-Saulnier - 3925, Grande-Allée, bureau 102, Saint-Hubert (Québec) J4T 2V8

Tél. : 450-926-9000 Téléc. : 450-766-8843 - Courriel : info@marie-eve-saulnier.org

www.marie-eve-saulnier.org