

Fonds d'aide au déplacement et à l'hébergement

Formulaire de demande de remboursement

Le montant de l'ensemble des indemnités est à la discrétion de **Vivre avec la fibrose kystique**. En cas de doute, nous vous recommandons de nous contacter avant d'engager certaines dépenses. Ces fonds seront disponibles jusqu'à épuisement des montants qui leur furent alloués, et au plus tard le 31 mai 2019.

Indemnités pour les personnes vivant avec la fibrose kystique

- Nous rembourserons les frais de déplacement entre votre domicile et votre clinique de fibrose kystique ou de transplantation pour un montant de 0,37\$ du kilomètre, jusqu'à concurrence du montant du billet d'autobus (deux fois l'aller) pour effectuer ce trajet, pour un maximum de trois fois par année;
- Nous rembourserons 100% des coûts de stationnement, pour un maximum de trois fois par année;
- Si vous êtes à plus de 7h de distance de votre clinique de fibrose kystique ou de transplantation (aller-retour), nous rembourserons jusqu'à 100\$ pour une nuit à l'hôtel, pour un maximum de trois fois par année.

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Revenu personnel ou familial annuel : _____

Je suis suivi à la clinique de fibrose kystique suivante : _____

Je suis suivi à la clinique de transplantation (CHUM)

Date (s) de mes rendez-vous (trois maximum) : 1 : _____ 2 : _____ 3 : _____

Je demande les remboursements suivants :

Frais de déplacement Coûts de stationnement Indemnité d'hébergement

Indemnités pour les proches d'une personne recevant une transplantation

- Remboursement jusqu'à 100% des frais d'hébergement pour la première semaine, pour la première ressource disponible. La Maison des greffés est priorisée. Si un hôtel doit être réservé, il est préférable de nous contacter préalablement afin de discuter des coûts qui pourront être remboursés.
- Nous rembourserons les frais de déplacement entre votre domicile et votre clinique de fibrose kystique ou de transplantation pour un montant de 0,37\$ du kilomètre, jusqu'à concurrence du montant du billet d'autobus (deux fois l'aller) pour effectuer ce trajet.



Nom de la personne transplantée : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Revenu personnel ou familial annuel : _____

Je demande les remboursements suivants :

Frais de déplacement Indemnité d'hébergement

Si vous utilisez nos services pour la première fois, vous devez nous fournir une preuve d'atteinte de la fibrose kystique. Celle-ci doit être fournie par un membre de votre clinique de fibrose kystique ou de transplantation.

Nous vous recommandons de joindre un maximum de factures disponibles. Les factures (ou billets de stationnement) sont essentielles dans le cas de demande de remboursement des coûts de stationnement.

Je confirme vivre avec la fibrose kystique

Je confirme que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes, au meilleur de ma connaissance. En cas de fausse déclaration, je m'engage à rembourser les ressources financières qui pourraient être accordées.

Signature

Date

Ce formulaire doit être envoyé par courriel (info@vivreaveclafk.com) ou par la poste, avec tout document pertinent, aux coordonnées suivantes :

Vivre avec la fibrose kystique

629, rue Prince-Arthur Ouest

Montréal QC H2X 1T9