

## DEMANDE D'AIDE 2018 - FONDATION HTAPQ

**Prénom et nom :** \_\_\_\_\_

**Lieu de résidence** (ville) : \_\_\_\_\_

**Âge :** \_\_\_\_\_ **Diagnostic d'HAP** (année) : \_\_\_\_\_ **Tél. :** ( ) \_\_\_\_\_

Réservé à l'usage de Fondation HTAPQ

No : \_\_\_\_\_

### SUIVI MÉDICAL

Centre hospitalier :

HGJ / JGH



IUCPQ



Autre, précisez : \_\_\_\_\_



Médecin traitant :

Dr David Langleben

Dr Steve Provencher

nom : \_\_\_\_\_

Dr Andrew Hirsch

Dr Simon Martel

nom : \_\_\_\_\_

Autre, précisez le nom : \_\_\_\_\_

Dre Geneviève Dion

nom : \_\_\_\_\_

Dr Mathieu Simon

### SITUATION FAMILIALE ET FINANCIÈRE

**État civil :**  Célibataire  Marié(e)  Veuf/Veuve  
 Conjoint(e) de fait  Séparé(e)/Divorcé(e)  Autre : \_\_\_\_\_

**Personne(s) à charge :**  Époux(se)/Conjoint(e)  Enfant(s)  Autre personne

**Détails** (ex. : nombre d'enfants à charge, âge, étudiant, travailleur, invalidité, autre statut) : \_\_\_\_\_

**Revenus :** (Utilisez la plus récente déclaration de revenus disponible (avis de cotisation Revenu Québec)

**Personne atteinte :** Revenu total inscrit (ligne 199) : \_\_\_\_\_ \$

Genre(s) de revenus :  Emploi  RRQ/PSV  Autre pension et pension de retraite

Ass. salaire  Rente d'invalidité RRQ  Prestation de sécurité sociale

SRG (Supplément du revenu garanti)  Autres : \_\_\_\_\_

**Revenu familial :** Inclure les revenus de **tous les membres de la famille** dans votre calcul

Revenu total inscrit (total des lignes #199 Qué) : \_\_\_\_\_ \$

**Obligatoire :** Joindre une copie du plus récent avis de cotisation émis par Revenu Québec

**Note :** Faites parvenir votre demande avec les documents exigés à l'adresse ci-dessous :

Fondation HTAPQ, 1840, ave Painchaud, Plessisville (Qué) G6L 2Z3

Pour information par contact téléphonique : info@htapquebec.ca

## DEMANDE D'AIDE CONCERNANT LES ÉLÉMENTS SUIVANTS

### a) MÉDICAMENTS

Lesquels, précisez : \_\_\_\_\_

Informations concernant votre assurance médicaments :

- Votre propre régime collectif       Régime collectif du conjoint/parent  
 RAMQ       Exceptions RAMQ

1) Franchise : \_\_\_\_\_ \$ ; 2) Coassurance payé mensuellement dès janvier 2017 : \_\_\_\_\_ \$ X 12 = \_\_\_\_\_ \$

Total (1 + 2) : \_\_\_\_\_ \$

### b) ÉQUIPEMENT MÉDICAL

- Chaise roulante       Marchette/Déambulateur       Concentrateur d'oxygène       C-PAP  
 Dispositifs de sécurité (ex. : chaise/banc d'appoint, barres d'appui, siège, etc.)       Autre

Détails, si nécessaire : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT** : Communiquez avec la Fondation avant de faire l'achat d'un équipement ou de le louer.

### c) OXYGÈNE

- Location d'un appareil (montant par mois) : \_\_\_\_\_ \$ X 12 mois = \_\_\_\_\_ \$ Total annuel
- Remplissage : \_\_\_\_\_ \$/remplissage X \_\_\_\_\_ nombre par mois X 12 mois = \_\_\_\_\_ \$ Total annuel

### d) COUT D'UNE VISITE À L'HÔPITAL

- Stationnement : \_\_\_\_\_ \$ (1) Montant total pour une visite = \_\_\_\_\_ \$
- Essence : \_\_\_\_\_ \$ (2) Nombre de visites prévues / année = \_\_\_\_\_
- Repas (si requis) : \_\_\_\_\_ \$
- Logement (si nécessaire) : \_\_\_\_\_ \$      Produit de (1) X (2) = \_\_\_\_\_ \$ Total annuel

### e) SUPPORT À DOMICILE :

Détails (ex. : entretien ménager ; lessive ; repas ; besoins d'hygiène) : \_\_\_\_\_

**Sur une base de 2 semaines** : \_\_\_\_\_ \$ de l'heure X \_\_\_\_\_ nombre d'heures = \_\_\_\_\_ \$ total

Total pour 2 semaines : \_\_\_\_\_ \$ X 26 semaines = \_\_\_\_\_ \$ Total annuel

**Obligatoire** : les pièces justificatives doivent être produites

### f) AUTRES BESOINS / COMMENTAIRES / DÉTAILS

**Montant total de ma demande : \_\_\_\_\_ \$**

En signant ci-dessous, j'autorise la Fondation HTAPQ à communiquer, au besoin, avec mon(mes) médecin(s) traitant(s).

\_\_\_\_\_ **Date**

\_\_\_\_\_ **Signature**

\_\_\_\_\_ **Ville**