

Prénom et Nom : _____ **Age :** _____**Lieu de résidence** (ville): _____ **Tél.** () _____**Diagnostic d'HTAP** (année) : _____**SUIVI MÉDICAL**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> HGJ / JGH | <input type="checkbox"/> IUCPQ | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Dr David Langleben | <input type="checkbox"/> Dr Steve Provencher | <input type="checkbox"/> nom : _____ |
| <input type="checkbox"/> Dr Andrew Hirsch | <input type="checkbox"/> Dr Simon Martel | <input type="checkbox"/> nom : _____ |
| <input type="checkbox"/> nom : _____ | <input type="checkbox"/> Dr Genevieve Dion | <input type="checkbox"/> nom : _____ |
| <input type="checkbox"/> nom : _____ | <input type="checkbox"/> 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. : nbre d'enfants à charge, âge, étudiant, travailleur, invalidité, autre statut, etc)

Revenus : utilisez la plus récente déclaration de revenus disponible (Québec)

Personne atteinte : Revenu total inscrit (ligne #199 Qué) : _____ \$
Revenu net inscrit (ligne #275 Qué) : _____ \$
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) : _____ \$
Revenu net inscrit (total des lignes #275 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, Qc G6L 2Z3

Pour information par contact téléphonique : Jacques Gariépy 819 752-9412

DEMANDE D'AIDE CONCERNANT LES ÉLÉMENTS SUIVANTS

a) MÉDICAMENTS :

Lesquels? _____

Informations concernant votre assurance médicaments : votre propre régime collectif

régime collectif du conjoint/parent RAMQ exceptions RAMQ

Franchise et coassurance payés en janvier 2017 : _____ \$ X 12 = _____ \$

b) ÉQUIPEMENT MÉDICAL :

Chaise roulante Marchette/Déambulateur Concentrateur d'oxygène C PAP

Dispositifs de sécurité (chaise/banc d'appoint, barres d'appui, siège, etc) Autre

Détails : _____

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

c) OXYGÈNE :

Location d'un appareil (montant par mois): _____ \$ X 12 = _____ \$ Total annuel

Remplissage : _____ \$/remplissage X _____ nbre par mois X 12 mois = _____ \$ Total annuel

d) VISITES à l'HÔPITAL (pour une visite)

• Stationnement : _____ \$ (1) Montant pour une visite = _____ \$

• Essence : _____ \$ (2) Nbre visites prévues = _____

• Repas (si requis) : _____ \$

• Logement (si nécessaire) : _____ \$ (1) X (2) total = _____ \$

e) SUPPORT À DOMICILE : (entretien ménager; lessive; repas; besoins d'hygiène ; etc)

Détails : _____

Sur une base de 2 semaines : _____ \$ de l'heure _____ X nbre d'heures = _____ \$ total

Total pour 2 semaines : _____ \$ X 26 semaines = _____ \$ montant annuel

Note : les pièces justificatives devront 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**