

# DEMANDE D'AIDE - FONDATION HTAPQ



Numéro de la demande : \_\_\_\_\_

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lieu de résidence (ville) : \_\_\_\_\_ Tél. : (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## SUIVI MÉDICAL

En quelle année avez-vous eu votre diagnostic d'hypertension pulmonaire (HP) : \_\_\_\_\_

À quel centre hospitalier êtes-vous suivi.e ?

- Hôpital Général Juif / Jewish General Hospital  
 Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Quel est le nom de votre médecin traitant pour l'HP ? \_\_\_\_\_

À quel CLSC êtes-vous rattaché.e ? \_\_\_\_\_

- Type d'HP :  Hypertension artérielle pulmonaire (G-I) ;  HP due à une maladie du cœur gauche (G-II) ;  
 HP reliée à une maladie pulmonaire ou hypoxie (G-III) ;  HP thromboembolique chronique (HPTEC) (G-IV) ;  
 HP reliée à d'autres maladies / infections ou à des maladies rares (G-V).

## ÉQUIPEMENT MÉDICAL UTILISÉ

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

Détails : \_\_\_\_\_

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

## SITUATION FAMILIALE

Votre état civil :  Célibataire ;  Marié.e ;  Conjoint.e de fait ;  Séparé.e / Divorcé.e ;  Veuf / Veuve

Je vis seul.e :  Oui ;  Non

Vos personne(s) à charge :  Aucune ;  Époux / Épouse ;  Conjoint.e ;  Autre(s) personne(s) ;

Enfant(s) : Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ Pour chaque enfant, répondre aux questions suivantes :

	Âge ?	Étudiant ?	Travailleur ?	Invalide ?		Âge ?	Étudiant ?	Travailleur ?	Invalide ?
Enfant No. 1					Enfant No. 4				
Enfant No. 2					Enfant No. 5				
Enfant No. 3					Enfant No. 6				

## SITUATION FINANCIÈRE

**REVENUS** : (Utilisez le plus récent avis de cotisation émis par Revenu Québec)

**Personne atteinte** : - Quel est votre revenu total inscrit à la ligne 199 (Qué) ? \_\_\_\_\_ \$

D'où proviennent vos revenus ?  Emploi ;  Rente de retraite ;  Prestation de sécurité sociale ;

Assurance salaire ;  Rente d'invalidité Québec ;  RRQ/PSV ;

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

## DEMANDE D'AIDE - FONDATION HTAPQ

**Revenu familial :** (Inclure les revenus **de tous les membres de votre famille vivant avec vous** dans le calcul)

- Quels sont les revenus totaux de la famille (total des lignes #199 Qué) : \_\_\_\_\_ \$

**Obligatoire :** La (les) copie(s) du (des) plus récent(s) avis de cotisation émis par Revenu Québec doit(vent) être fournie(s).

### ASSURANCE-MÉDICAMENTS

En vertu de quel régime d'assurance-médicaments êtes-vous couvert.e ?

- Votre propre régime collectif ;  Le régime collectif de votre conjoint.e ou de vos parents ;  
 La RAMQ ;  Le programme Patient d'exception de la RAMQ

- Quel est le coût de votre franchise annuelle ? \_\_\_\_\_ \$ (1)

- Quel est le coût de votre coassurance, payée mensuellement : \_\_\_\_\_ \$ X 12 mois = \_\_\_\_\_ \$ (2)

**Obligatoire :** Joindre la première facture de l'année.

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

### OXYGÈNE UTILISÉ

Quel est le coût mensuel de la location de votre appareil ? \_\_\_\_\_ \$ X 12 mois = \_\_\_\_\_ \$ (1)

Quel est le coût d'un remplissage ? : \_\_\_\_\_ \$ X Quel est le nombre de remplissage par année ? \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ \$ (2)

**Obligatoire :** Joindre les pièces justificatives

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

### COÛT D'UNE VISITE À L'HÔPITAL

- Quelle est la distance (aller seulement) entre votre domicile et l'hôpital où vous êtes suivi.e pour l'HP? \_\_\_\_\_ km

a) Transport communautaire : \_\_\_\_\_ \$

b) Stationnement : \_\_\_\_\_ \$

c) Essence : \_\_\_\_\_ \$

d) Repas (si requis) : \_\_\_\_\_ \$

e) Logement (si nécessaire) : \_\_\_\_\_ \$

Montant total pour une visite (a+b+c+d+e) = \_\_\_\_\_ \$

X Nombre de visites prévues / année = \_\_\_\_\_

**Total annuel =** \_\_\_\_\_ \$

**SUPPORT À DOMICILE NÉCESSAIRE** (Utilisez une feuille séparée si nécessaire.)

Donnez les détails (ex. : entretien ménager ; lessive ; repas ; besoins d'hygiène) et expliquez les coûts encourus :

**Obligatoire :** Joindre les pièces justificatives.

### AUTRES BESOINS

Donnez les détails et expliquez les coûts encourus en utilisant une feuille séparée si nécessaire.

**IMPORTANT :** N'engagez pas de coûts avant de faire votre demande.

**Obligatoire :** Joindre les pièces justificatives (estimation des coûts).

**MONTANT TOTAL DE VOTRE DEMANDE** \_\_\_\_\_ \$

En signant ci-dessous, j'autorise la Fondation HTAPQ à communiquer, au besoin, avec mon médecin traitant pour l'HP.

Date

Signature

Ville

**Note :** Faites parvenir votre demande avec les pièces justificatives exigées à l'adresse ci-dessous :  
Fondation HTAPQ, a/s Mme Andrée Trépanier, inf. clin.  
1285 rue Rolland, Verdun (Qc) H4H 2G5

Pour information supplémentaire ou aide à remplir le formulaire, contactez Mme Andrée Trépanier, inf. clin.  
par téléphone : (514) 732-0161 ou  
par courriel : andreetrepanier@videotron.ca