

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 liée à une maladie pulmonaire ou hypoxie (G-III) ; HP thromboembolique chronique (HPTEC) (G-IV) ;
 HP liée 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
Casier postal 341, Plessisville (QC) G6L 2Y8

Pour information supplémentaire ou aide à remplir le formulaire,
contactez : Jean-Pierre Vigneault.
par téléphone : (418) 440-5317 ou
par courriel : info@htapquebec.ca