

# Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide Demande relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »)

## Instructions

Le formulaire d'appel ci-joint est à utiliser si vous souhaitez interjeter appel de la décision de l'Administrateur du PCSST relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »).

Pour plus d'informations, veuillez consulter les documents de référence suivants :

- [Guide complet du FAME](#)
- [Guide de référence rapide du FAME](#)
- [Foire aux questions](#)

Votre demande relative au FAME sera prise en compte dans l'exercice au cours duquel la lettre de décision et le paiement du FAME seront émis – avant le 31 mars de chaque année.

Toutes les décisions et tous les paiements du FAME émis après le 31 mars sont inclus dans le plafond du nouvel exercice financier. Les survivants sont encouragés à soumettre leur(s) demande(s) relative(s) au FAME avant le 1<sup>er</sup> mars de chaque année pour donner suffisamment de temps pour le traitement et le paiement avant le 31 mars.

Pour l'exercice 2025-2026, le plafond annuel par survivant sera réduit à 34 080 \$ afin de maintenir la durabilité du fonds. Ce montant comprend le paiement forfaitaire annuel de 4 080 \$, ce qui signifie que les survivants disposeront jusqu'à 30 000 \$ pour les remboursements admissibles, moins tout paiement reporté applicable de 2024-2025.

### Étape 1 – Renseignements personnels

Veuillez vérifier et remplir la Section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide.

Si vous êtes un représentant personnel dûment autorisé qui interjette un appel au nom du survivant de la thalidomide, ou si vous avez aidé à remplir le présent formulaire, vous devez également remplir la Section 2 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire. Si la preuve du pouvoir d'agir au nom du survivant de la thalidomide n'a pas été fournie précédemment ou si l'identité du représentant personnel a changé, veuillez en soumettre la preuve immédiatement.

### Étape 2 – Détails relatifs à l'appel et pièces justificatives

Veuillez remplir les sections 3 et 4 pour expliquer les dépenses que vous demandez et pour expliquer comment l'adaptation ou le service que vous demandez vous aidera.

Veuillez écrire le prénom et le nom de famille du survivant de la thalidomide dans le haut de chaque feuille supplémentaire que vous soumettez le cas échéant.

### Étape 3 – Soumettre le formulaire

Veuillez examiner tous les renseignements compris dans le formulaire d'appel et en faire une copie pour vos dossiers avant de nous le transmettre. Veuillez nous faire parvenir le formulaire original et toute pièces justificatives à :

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide**  
**CP 507 SUCC B**  
**Ottawa (Ontario) K1P 5P6**  
[info@pcsstcanada.ca](mailto:info@pcsstcanada.ca); télécopieur : 1-866-262-0816

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?  
1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

# Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide

## Demande relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »)

### Énoncé de confidentialité :

Les renseignements requis dans le cadre du formulaire de demande relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME ») du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide (« l'Administrateur ») et ses agents aux fins d'exploitation et d'administration du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques L.C. 2000, ch. 5 (« LPRPDE »). Les renseignements seront transmis au gouvernement du Canada afin de faciliter l'administration du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide. Les renseignements personnels sont protégés en vertu des lois fédérales, y compris de la LPRPDE et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Les renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués conformément aux lois applicables. Vous avez le droit de demander accès à vos renseignements personnels. Pour ce faire, veuillez composer le 1-877-507-7706 ou le 1-877-627-7027 (ATS).

### Section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide

Langue préférée :	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français
Préférence pour les communications :	<input type="checkbox"/> Courrier	<input type="checkbox"/> Courriel*
Prénom :		
Second prénom :		
Nom de famille :		
Date de naissance (mm/jj/aaaa) :		
Sexe à la naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse postale :		
Ville/Municipalité :		
Province/Territoire/État/Pays :		
Code postal/Code Zip :		
Numéro de téléphone principal :	(    )    –	
Autre numéro de téléphone :	(    )    –	
Adresse de courriel * :		

\*Si votre préférence de communication est le courriel, veuillez ajouter [info@pcsstcanada.ca](mailto:info@pcsstcanada.ca) à votre carnet d'adresses de courriel.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide  
Demande relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »)**

**Section 2 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire**

Comme pour la Section 1 (Si la présente case est cochée, il n'y a pas lieu de remplir les cases de la Section 2 ci-dessous)

Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse courriel ou numéro de téléphone :	
Lien avec le survivant :	

**Section 3 : Description des dépenses**

Mon revenu annuel total, à l'exclusion des paiements annuels de soutien continu, est le suivant : \$ \_\_\_\_\_

Aux fins de l'application du test des moyens financiers :

- J'ai joint une copie de mon dernier avis de cotisation de l'ARC à moins qu'il ne figure déjà dans mon dossier de formulaires annuels pour cette année.
- Je ne joins pas une copie de mon dernier avis de cotisation de l'ARC et je reconnais que la cotisation sera déterminée au plus haut niveau de revenu aux fins du test des moyens financiers

Veillez fournir les détails de votre demande de financement du FAME dans le tableau ci-dessous.

**Vous devez fournir deux propositions de coûts comparables pour les dépenses supérieures à 10 000 \$. Veuillez communiquer avec l'administrateur pour obtenir de l'aide au besoin.**

Date de réception/proposition de coûts	Description	Coût incluant la taxe	Réception ou estimation jointe (À titre d'exemple seulement)
<i>10/20/2020</i> (À titre d'exemple seulement)	<i>Remplacer les armoires de cuisine</i>	<i>11 298,51 \$</i>	<i>Oui</i>

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide  
Demande relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »)**


\* Vous pouvez utiliser du papier supplémentaire si vous avez besoin de plus d'espace.  
Veuillez écrire votre nom sur chaque page supplémentaire.

**Section 4 : Renseignements supplémentaires**

Dans l'espace ci-dessous, veuillez expliquer brièvement comment l'adaptation ou le service que vous demandez vous aidera et comment il est lié à vos différences de naissance de la thalidomide. En plus de cette brève explication, un rapport d'un praticien de la santé (p. ex., médecin, massothérapeute, ergothérapeute, etc.) pour appuyer la nécessité de l'adaptation ou du service demandé, y compris la façon dont il se rapporte à vos différences de naissance de la thalidomide, est également utile.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide  
Demande relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »)**

**Section 5 : Déclaration et signature**

La section 5 doit être remplie par le survivant de la thalidomide ou par le représentant personnel dûment autorisé à agir au nom du survivant. Veuillez lire la déclaration attentivement avant de la signer.

**Déclaration :**

1. J'ai rempli le formulaire de demande de soutien financier relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME ») lié au Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide et je reconnais que l'Administrateur examinera ma demande dans le but de vérifier si le formulaire de demande a été dûment rempli, et qu'il devra peut-être communiquer avec moi pour me demander des renseignements supplémentaires. Je reconnais que les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande ainsi que les pièces justificatives seront utilisés pour évaluer ma demande de soutien financier présentée dans le cadre du FAME.
2. **Je reconnais également qu'en signant la présente déclaration, je confirme n'avoir reçu aucun soutien financier d'un autre programme provincial ou territorial ou d'un autre organisme en rapport avec les coûts indiqués dans le présent formulaire de demande de soutien financier et si j'en ai averti l'administrateur.**
3. Je comprends que ma demande pourrait être choisie au hasard pour une vérification du travail accompli aux fins de l'assurance de la qualité.
4. Je consens à partager mes renseignements personnels, y compris, mais sans s'y limiter, mes coordonnées, avec l'Administrateur, le gouvernement du Canada et les tierces parties autorisées et nécessaires, uniquement aux fins du traitement de ma demande d'évaluation.

En signant ci-dessous, j'indique que je consens au contenu de la présente déclaration.

**Survivant de la thalidomide/Représentant personnel :**

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
(mm/jj/aaaa)

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide  
Demande relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »)**

Veillez vous assurer que lorsque vous retournerez le formulaire de demande dûment rempli à l'Administrateur, les pièces suivantes l'accompagneront :

- Des photocopies des reçus, des propositions de coûts (cotations), des notes et rapports médicaux et autres documents selon le cas.
- Une photocopie de votre Avis de cotisation le plus récent de l'ARC à moins que vous ayez choisi de ne pas la soumettre.
- Une déclaration signée et datée du survivant confirmé/représentant personnel à la section 5.

**Veillez retourner le formulaire de demande dûment rempli par la poste, par courriel ou par télécopieur à l'adresse suivante :**

Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide  
CP 507 SUCC B  
Ottawa (Ontario) K1P 5P6  
[info@pcsstcanada.ca](mailto:info@pcsstcanada.ca); télécopieur : 1-866-262-0816

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)