

## **Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide Demande relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire**

Chère survivante de la thalidomide,  
Cher survivant de la thalidomide,

Vous trouverez ci-joint le formulaire de demande à remplir et à soumettre à l'administrateur pour demander un financement au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »).

Les questions les plus fréquemment posées au sujet du FAME et de la façon de remplir le formulaire se trouvent ci-dessous et sur la page de FAQ du site Web à [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca).

### **Qu'est-ce que le FAME?**

Dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide (« PCSST »), un million de dollars (indexés à 2 % par année) est mis de côté chaque année dans le Fonds d'aide médicale extraordinaire pour aider à couvrir les coûts uniques de soutien à la santé des survivants canadiens de la thalidomide qui ont besoin de chirurgies spécialisées, de traitements de soutien à la santé ou de changements à leur domicile ou à leur véhicule pour mieux répondre à leurs besoins en tant que survivants de la thalidomide.

### **Quels types de dépenses sont admissibles dans le cadre du FAME?**

L'administrateur examine *toute* demande au FAME qui est accompagnée de reçus ou de propositions de coûts acquis dans un délai d'*un an* à compter de la date à laquelle la demande du FAME est soumise à l'administrateur. Les demandes de financement de dépenses qui contiennent des reçus qui datent de plus d'un an peuvent être examinées à titre exceptionnel.

Les survivants peuvent demander un financement du FAME même si la province ou le territoire où ils résident ont un programme semblable pour aider avec ces dépenses; toutefois, les survivants ne peuvent pas être payés à partir de deux sources différentes pour les mêmes dépenses.

Les dépenses *liées à la thalidomide* qui pourraient être couvertes par le FAME comprennent les suivantes :

- chirurgie dentaire reconstructive;
- réaménagement d'une cuisine ou d'une salle de bains avec des armoires et des appareils plus accessibles;
- l'ajout de rampes ou d'un ascenseur automatique à l'intérieur ou à l'extérieur d'une propriété pour faciliter la mobilité;
- automatisation des rideaux ou des robinets pour faciliter la mobilité ou la dextérité;

**QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?**

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

- adaptation d'un véhicule avec des commandes au volant pour permettre un fonctionnement indépendant;
- les traitements de soutien de la santé continus (p. ex., certaines ordonnances, des soins auxiliaires, des massages ou de la physiothérapie). Seuls les propositions ou les reçus d'un praticien agréé seront pris en considération.

Pour obtenir des idées supplémentaires sur ce qui pourrait être couvert par le FAME, veuillez communiquer avec l'administrateur ou visiter la page de la FAQ du site Web à l'adresse [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca).

En règle générale, les coûts liés à l'entretien ou à l'usure ordinaires des maisons ou des véhicules ne sont pas couverts par le FAME. Les examens dentaires réguliers, les besoins de lunettes liés à l'âge et les réparations régulières à domicile en raison de l'âge et de la détérioration sont des exemples de dépenses qui ne sont peut-être pas couvertes. Les demandes de financement pour la même modification du ménage (p. ex., pour refaire votre cuisine) ne peuvent pas être autorisées dans les 5 ans suivant la demande précédente, à moins qu'il n'y ait un besoin urgent.

### **Comment puis-je demander un financement du FAME?**

Les survivants de la thalidomide doivent remplir le bref formulaire de demande du FAME joint à la présente lettre et soumettre le formulaire rempli ainsi que tout document à l'appui à l'administrateur par courriel, par la poste 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

### **Combien de demandes du FAME puis-je présenter par année?**

Il n'y a aucune limite quant au nombre de demandes que vous pouvez présenter, car l'administrateur a supprimé la date limite de soumission annuelle pour vous faciliter la tâche. Veuillez soumettre une nouvelle demande chaque fois que vous le souhaitez; toutefois, l'administrateur vous demande d'accumuler 500 \$ de dépenses avant d'envoyer votre demande, à moins que cela ne crée une contrainte financière pour vous.

### **Quel montant de financement du FAME puis-je recevoir par année?**

Pour déterminer la disponibilité du fonds, votre demande sera considérée comme faisant partie de l'exercice au cours duquel la décision est prise à l'égard de votre demande.

Afin d'aider tout le monde à avoir un accès égal au fonds du FAME, le montant maximal de financement du FAME que chaque survivant peut recevoir par exercice financier est plafonné

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

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

à 40 000 \$ (indexé à 2 % par année). Le plafond de cet exercice est de 45 046,50 \$ CAN par survivant.

Toutes les demandes de financement approuvées sont également soumises au test des moyens financiers suivants :

Revenu annuel total confirmé du survivant*	Pourcentage du montant admissible à recevoir
De 0 \$ à 25 000 \$	100 % du montant admissible
De 25 001 \$ à 45 000 \$	90 % du montant admissible
Plus de 45 000 \$ ou non identifié	80 % du montant admissible

\* Votre versement annuel de soutien continu n'est pas considéré comme faisant partie du revenu aux fins du test

La présentation de cotations pour les adaptations de maisons qui contiennent des finitions haut de gamme (p. ex., des comptoirs de granit) peut être assujettie à un plafond individuel pour cette dépense. Autrement dit, le survivant confirmé ne peut pas être entièrement remboursé pour le comptoir en granit, mais peut recevoir un montant égal au coût d'installation d'un comptoir standard de taille et de conception similaires. Étant donné qu'il est peut-être justifié d'avoir un fini haut de gamme, veuillez inclure des documents à l'appui (p. ex., un rapport d'un professionnel de la santé) citant les raisons de cette installation précise.

Enfin, veuillez noter que si le financement reste dans le FAME à la fin de l'exercice, l'administrateur émettra des paiements complémentaires à toute personne dont le financement au cours du même exercice a été réduit en raison du test des moyens financiers. Les paiements complémentaires seront assujettis au plafond et pourront être calculés au prorata au besoin.

### **Comment l'administrateur examinera-t-il ma demande du FAME?**

Les demandes du FAME seront examinées dans l'ordre où elles seront reçues, à moins que des allégations de santé extraordinaires (p. ex., des interventions chirurgicales liées à la vie) ne soient reçues. Les paiements pour les articles admissibles seront effectués selon la formule du premier arrivé, premier servi, sauf pour les interventions chirurgicales liées à la vie qui auront la priorité. Si les demandes au cours d'un exercice financier sont plus élevées que les fonds disponibles, une demande de survivant pourra être automatiquement reportée à l'exercice financier suivant et la demande du survivant en question sera traitée en priorité au cours du prochain exercice financier.

### **Dois-je payer d'abord et ensuite présenter une demande pour le FAME?**

Vous pouvez choisir de payer un article d'abord et de présenter ensuite une demande de financement du FAME, ou vous pouvez obtenir des propositions de coûts pour les dépenses et les soumettre à la place aux fins d'examen.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

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

Lorsque vous obtenez des propositions de coûts (cotations), elles doivent provenir d'un professionnel agréé (p. ex, un entrepreneur licencié, un garage de service automobile autorisé ou un établissement médical professionnel autorisé, etc.). Les propositions doivent comprendre des détails portant sur le travail requis ainsi que les coûts associés au travail à effectuer. Elles doivent également comprendre les exigences liées aux acomptes ou au dépôt requis avant que le travail ne puisse être entamé. Seules les dépenses de professionnels qualifiés ou licenciés seront prises en compte.

Si vous demandez un financement de plus de 10 000 \$, veuillez soumettre deux propositions de coûts détaillées pour les dépenses de deux professionnels différents titulaires de licence. Si ce n'est pas possible, veuillez nous en informer lorsque vous présenterez votre demande. *L'Administrateur pourrait choisir d'obtenir une deuxième proposition à des fins de comparaison seulement.*

Pour d'autres questions et réponses fréquemment posées, veuillez visiter [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca) ou appelez l'administrateur.

**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"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Identité de genre :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre	
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.

**Section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment désigné du survivant** (Veuillez laisser en blanc si le survivant n'a pas de représentant personnel dûment désigné)

Cette section doit être remplie uniquement si vous avez été **légalement** désigné pour administrer les affaires du survivant. Vous **DEVEZ** fournir une preuve de votre pouvoir d'agir à titre de représentant personnel du survivant de la thalidomide. Veuillez remplir toutes les cases de la section 1 à la page précédente pour le survivant et de la section 2 ci-dessous pour vous-même.

Je joins une photocopie <b>certifiée conforme</b> d'une (1) des pièces suivantes :	Veuillez cocher ( ) la case appropriée : <input type="checkbox"/> Pouvoir d'agir <input type="checkbox"/> Ordonnance des tribunaux <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Le pouvoir d'agir a déjà été transmis à l'Administrateur et demeure inchangé (si cette case est cochée, aucun besoin de retransmettre la pièce en question).
Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	(     )     –
Autre numéro de téléphone :	(     )     –
Adresse de courrier électronique :	
Votre lien avec le survivant :	

**Section 3 : Personne ayant aidé à remplir la présente demande**

\*Même chose que pour la section 2 (si cette case est cochée, aucun besoin de remplir les cases de la section 3 qui suit)

Prénom :	
Nom de famille :	
Courriel ou numéro de téléphone	
Lien avec le demandeur :	

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

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

## Section 4 : Description des dépenses

Mon revenu annuel total, à l'exclusion des versements 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
- 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
10/20/2020	Remplacer les armoires de cuisine	11 298,51 \$	Oui

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

#### Section 4 : Partie 2 – Renseignements supplémentaires

Dans l'espace ci-dessous, veuillez expliquer brièvement comment vous aiderez l'adaptation ou le service que vous demandez. Un rapport d'un praticien de la santé (p. ex., médecin, massothérapeute, ergothérapeute, etc.) pour appuyer que le besoin de l'adaptation ou du service demandé est utile.

#### Section 5 : Pièce d'identité avec photo et confidentialité

Afin de protéger votre vie privée et de nous aider à confirmer votre identité lorsque nous recevons vos documents, il nous faut obtenir de **TOUS** les survivants admissibles une preuve d'identité chaque fois qu'un nouveau formulaire de demande nous est soumis. Les représentants personnels dûment désignés doivent fournir une pièce d'identité **tant** pour le survivant que pour eux-mêmes.

Veuillez soumettre une photocopie d'une (1) des pièces d'identité suivantes émises par un gouvernement comme preuve d'identité. La pièce d'identité **doit comprendre votre date de naissance** :

- Certificat de naissance
- Certificat de baptême
- Permis de conduire provincial valide
- Pièce d'identité avec photo valide émise par la province (doit comprendre la date de naissance)
- Passeport canadien valide

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

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

## **Section 6 : Déclaration et signature**

La section 6 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 aux fins d'une vérification du travail accompli pour aider l'Administrateur à mieux comprendre les besoins spécialisés des survivants de la thalidomide et 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)

**Section 6 : Déclaration et signature (suite)**

Tous les survivants de la thalidomide ou tous les représentants personnels dûment désignés doivent signer ou apposer leur marque à la section 6 en présence d'un témoin qui peut être un parent. Le témoin doit fournir les renseignements ci-dessous à titre de témoin et signer la déclaration du témoin.

Prénom du témoin

Nom de famille du témoin

Ville/Municipalité

Province/Territoire/État

Pays

Lien avec le survivant de la thalidomide/Représentant personnel

**Déclaration du témoin :** J'ai été témoin de la signature ou de l'apposition de la marque du survivant de la thalidomide ou du représentant personnel dûment désigné. Lorsque le survivant de la thalidomide ou le représentant personnel dûment désigné a signé en apposant une marque, j'ai lu le contenu du présent formulaire de demande de soutien financier relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME ») du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide au survivant de la thalidomide ou à son représentant personnel, qui a signé en apposant une marque, qui comprend et qui confirme les renseignements.

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_\_\_

(mm/jj/aaaa)

## **Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide Demande dans le cadre du FAME**

page 7

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 photocopie d'une pièce d'identité avec photo valide du survivant confirmé.
- Une photocopie de la pièce d'identité valide du représentant dûment désigné (selon le cas) émise par le gouvernement.
- Une copie certifiée du pouvoir d'agir du représentant personnel au nom du survivant confirmé (selon le cas). Si la copie certifiée du pouvoir d'agir a déjà été transmise à l'Administrateur et n'a pas été modifiée, il n'y a aucun besoin d'en transmettre une autre.
- Une déclaration signée et datée du survivant confirmé/représentant personnel à la section 6.
- La section 6 du témoin dûment remplie, datée et signée par le témoin.

**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