

Atlantique

Programmes d'aides techniques
Formulaire de demande

 **Dystrophie musculaire Canada**

 **Muscular Dystrophy Canada**

Dystrophie musculaire Canada est un organisme sans but lucratif qui se consacre à aider les personnes atteintes de maladies neuromusculaires à mener une vie plus active et plus autonome. Pour ce faire, nous dépendons principalement de la générosité du public. Pour plus d'information à notre sujet, nous vous invitons à visiter le **www.muscle.ca**. Nous reconnaissons le fardeau que représente l'accès aux aides techniques et à l'aide financière pour les personnes et les familles touchées par une maladie neuromusculaire. Dystrophie musculaire Canada croit fermement qu'il appartient aux gouvernements de répondre aux besoins de ces personnes.

Dans le cadre de notre mission, et pour pallier l'absence de telles mesures de soutien gouvernementales, Dystrophie musculaire Canada a mis sur pied des programmes de prêt d'aides techniques et d'aides financières financés à même ses ressources afin d'aider les personnes touchées par une maladie neuromusculaire. Ces programmes sont accessibles aux personnes atteintes d'une maladie neuromusculaire qui sont inscrits comme clients auprès de Dystrophie musculaire Canada. Pour toutes questions au sujet de ces programmes, ou pour obtenir une liste complète des aides techniques et des aides financières disponibles dans votre région, veuillez communiquer avec nous.

VEUILLEZ VOUS ASSURER DE REMPLIR AVEC PRÉCISION TOUTES LES CASES DE CE FORMULAIRE POUR ÉVITER LES DÉLAIS DE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE.

1. Pour être traitée, cette demande devra comprendre tous les éléments suivants :

<input type="checkbox"/>	Être inscrit à Dystrophie musculaire Canada
<input type="checkbox"/>	Le présent formulaire de demande
<input type="checkbox"/>	Le prix donné par 2 fournisseurs d'aides techniques différents pour l'article demandé (un de Lawtons Home HealthCare)
<input type="checkbox"/>	Une lettre signée par un professionnel de la santé (ergothérapeute, physiothérapeute, orthésiste, etc.) attestant que l'aide technique ou le service est nécessaire du point de vue médical
<input type="checkbox"/>	Une lettre d'approbation ou de refus de la compagnie d'assurance (le cas échéant)
<input type="checkbox"/>	Un dégageant de responsabilité dûment signé (section 8 de cette demande)

2. Renseignements sur le demandeur

Prénom :	Nom :									
Date de naissance :	Téléphone :									
Adresse :										
Ville :	Province : Code postal :									
Courriel (obligatoire si disponible) :										
Nom du tuteur (si le demandeur a moins de 18 ans) :										
Êtes-vous :	<table border="0"> <tr> <td>Réциpiendaire de l'aide sociale?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Membre d'une section locale de Dystrophie musculaire Canada?</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Couvert par une assurance privée ou collective? *</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td><input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table>	Réциpiendaire de l'aide sociale?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Membre d'une section locale de Dystrophie musculaire Canada?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Couvert par une assurance privée ou collective? *	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Réциpiendaire de l'aide sociale?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
Membre d'une section locale de Dystrophie musculaire Canada?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
Couvert par une assurance privée ou collective? *	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								

* Si vous avez une assurance privée, vous devez fournir une lettre signée de l'assureur indiquant le refus de votre demande d'aide technique ou son approbation et le montant approuvé.

3. À l'usage exclusif de Dystrophie musculaire Canada

Identification du client :	Région :	Diagnostic :
Code de projet :	<input type="checkbox"/> Refusée	Coût total :
Contribution de DMC :	Compte GL :	Autre financement/fonds :

Faire parvenir la demande dûment remplie à :

150 rue Isabella St, Suite 301, Ottawa, ON K1S 1V7
Toll-Free: 1-800-567-2873 x1121 Fax: 613.567.2288

Fournisseur préférée

Lawtons
Home HealthCare

Atlantique

Programmes d'aides techniques
Formulaire de demande

 **Dystrophie musculaire Canada**

 **Muscular Dystrophy Canada**

4. Coordonnées du professionnel de la santé

Prénom : Nom :

Téléphone : Fax :

Organisme :

Adresse : Ville :

Province : Code postal : Courriel :

Ergothérapeute Physiothérapeute Orthésiste Autre (Veuillez préciser) :

5. Notes du professionnel de la santé

Type d'aide technique :

En quelques lignes, veuillez justifier la demande d'aide technique. Si vous le désirez, vous pouvez joindre une lettre séparée.

.....

.....

.....

.....

6. Financement ou prêt d'une aide technique

Conformément aux politiques de Dystrophie musculaire Canada, les demandes de moins de 200 \$ pour l'achat d'aides techniques ou leur réparation ne seront pas considérées aux fins de financement. Si cela pose un fardeau financier veuillez contacter le bureau des Services. La disponibilité restreinte de nos fonds rend essentiel le partage des coûts du programme.* Veuillez indiquer ci-après toute autre source de financement. L'approbation du financement est valable pour 6 mois.

Quelles autres sources de financement avez-vous sollicitées?

Nom du bailleur de fonds	Montant demandé	Approuvé
• Dystrophie musculaire Canada	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente
•	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente
•	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente
•	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente
Montant total demandé à l'ensemble des organismes subventionnaires :	\$	
COÛT TOTAL DE L'AIDE TECHNIQUE/SERVICE :	\$	

Signature du professionnel de la santé : Date :

Faire parvenir la demande dûment remplie à :

150 rue Isabella St, Suite 301, Ottawa, ON K1S 1V7
Toll-Free: 1-800-567-2873 x1121 Fax: 613.567.2288

Fournisseur préférée

Lawtons
Home HealthCare

7. Modalités de prêt et d'entretien des aides techniques

Dystrophie musculaire Canada n'effectue aucune inspection des aides techniques et ne peut garantir qu'elles sont exemptes de toute défectuosité. Vous reconnaissez que Dystrophie musculaire Canada n'a aucune responsabilité quant à l'entretien de cet appareil pendant qu'il est en votre possession, ni pour aucune perte, dommage ou frais encourus par vous ou d'autres personnes résultant de défauts d'inspection, de réparation, d'état ou d'utilisation de l'appareil. Vous êtes responsable d'assurer l'entretien adéquat de l'aide technique et son usage sécuritaire.

Vous êtes responsable de l'inspection et de l'entretien normal de toute aide technique nécessaires pour en assurer la sécurité et l'efficacité. Votre fournisseur pourra vous donner des instructions précises sur le programme d'entretien que nécessite votre appareil.

L'usage correct des aides techniques constitue une mesure de sécurité essentielle. Il est important de vous assurer que vous et les personnes qui utilisent l'appareil soient entièrement formés à son usage correct. Il est aussi essentiel que l'appareil soit utilisé aux seules fins pour lesquelles il a été prescrit. Veuillez consulter le manuel d'instructions de votre aide technique, votre fournisseur ou le personnel des services à la clientèle de Dystrophie musculaire Canada pour toute question touchant l'utilisation de l'appareil.

8. Dégagement de responsabilité

Dystrophie musculaire Canada s'est fiée aux recommandations d'un professionnel de la santé pour fournir l'aide technique décrit ci-haut. En signant cette demande, vous reconnaissez que Dystrophie musculaire Canada n'est aucunement responsable quant à la recommandation faite par le ou les professionnels de la santé, ni de toute perte, dommage ou frais que vous pourriez encourir.

Je déclare avoir lu, compris et accepté les modalités décrites ci-haut.

.....
Signature du client (ou du parent ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

.....
Date

.....
Nom (en lettres moulées)

.....
Aide technique (par exemple, fauteuil roulant manuel, ascenseurs de plafond, etc.)

Veillez noter que Dystrophie musculaire Canada dispose de spécialistes de l'accès aux services qui sont disponibles pour vous soutenir dans vos démarches. Que ce soit pour compléter le formulaire, vous aider à trouver d'autres sources de financement, vous assister dans vos démarches ou pour simplement pour vous fournir de l'information ou du support, n'hésitez-pas à les rejoindre au 1-800-567-2236 poste 3108.

Faire parvenir la demande dûment remplie à :

150 rue Isabella St, Suite 301, Ottawa, ON K1S 1V7
Toll-Free: 1-800-567-2873 x1121 Fax: 613.567.2288

Fournisseur préférée

Lawtons
Home HealthCare