

Programme national d'aides techniques

Formulaire de demande¹



Dystrophie musculaire Canada (DMC) 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 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 sa mission, et pour pallier l'absence de telles mesures de soutien gouvernementales, Dystrophie musculaire Canada a mis sur pied un programme national d'aides techniques financé à même les dons recueillis pour aider les personnes touchées par une maladie neuromusculaire. Ce programme est accessible aux personnes atteintes d'une maladie neuromusculaire qui sont inscrites auprès de Dystrophie musculaire Canada à titre de clients. Pour toutes questions ou pour obtenir une liste complète des aides techniques disponibles dans votre région, veuillez contacter le personnel des Services aux clients de votre région.

Dystrophie musculaire Canada recueille des renseignements personnels aux seules fins de donner des services. Pour protéger ceux-ci et préserver leur confidentialité, nous utilisons diverses mesures de sécurité. Nous ne partageons aucun renseignement personnel avec des tiers, sauf si ce partage est directement lié à la prestation ou à l'amélioration de nos services, ou qu'une loi canadienne ne l'exige. Les renseignements personnels qui ne sont plus requis aux fins déterminées pour leur collecte sont détruits, effacés ou rendus anonymes. DMC a mis en place des directives et procédures pour prévenir tout accès non autorisé aux renseignements personnels et pour encadrer leur destruction.

On peut consulter la politique de confidentialité et de protection des renseignements personnels de DMC sur son site Web ou sur demande.

À noter que Dystrophie musculaire Canada ne remboursera pas le coût d'aides techniques déjà achetées, ni les articles de moins de 200 \$.

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"/>	Inscription auprès de Dystrophie musculaire Canada à titre de client. Le formulaire d'inscription est disponible au www.muscle.ca ou en contactant le bureau de votre région.
<input type="checkbox"/>	Le présent formulaire de demande, dûment rempli.
<input type="checkbox"/>	La soumission de 2 fournisseurs d'aides techniques différents pour l'article demandé.
<input type="checkbox"/>	Une lettre signée par un professionnel de la santé (ergothérapeute, physiothérapeute, inhalothérapeute, orthésiste ou infirmier autorisé) attestant la nécessité médicale de l'aide technique.
<input type="checkbox"/>	Une lettre d'approbation ou de refus de la compagnie d'assurance ou d'autres sources de financement (le cas échéant).
<input type="checkbox"/>	La signature du dégageant de responsabilité (section 8 de cette demande).

2. Renseignements sur le demandeur

Prénom :	Nom :
Date de naissance : AAAA/MM/JJ	Téléphone :
Adresse :	
Ville :	Province : Code postal :
Courriel (obligatoire si disponible) :	
Nom du tuteur (si le demandeur a moins de 18 ans) :	
Diagnostic :	
Êtes-vous : Récipiendaire de l'aide sociale? Couvert par une assurance privée ou collective? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <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.	

¹ L'emploi du masculin est ici privilégié dans le seul but d'alléger le texte.

Veillez transmettre votre formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

150, rue Isabella, bureau 301, Ottawa, ON K1S 1V7

Sans frais : 1 800 567-2873 Télécopieur : 613 567-2288 Courriel : josee.bray@muscle.ca

FM19EquipmentForm_Quebec
Mise à jour 19/4/25

Programme national d'aides techniques

Formulaire de demande



6. Financement d'une aide technique

Compte tenu des fonds limités dont dispose Dystrophie musculaire Canada, le partage des coûts est un élément essentiel du programme national d'aides techniques. Veuillez indiquer ci-après toutes autres sources de financement (assurances, organismes subventionnaires, etc.) que vous avez sollicitées, les montants demandés, approuvés ou refusés, et joindre une copie des lettres d'approbation/de refus. Les approbations sont valides pour 4 mois.

Nos spécialistes des services peuvent vous aider à remplir votre demande et vous renseigner sur les critères et les montants maximums de financement.

Quelles autres sources de financement avez-vous sollicitées?

Nom du bailleur de fonds	Montant demandé	Approuvé	Montant approuvé
• Dystrophie musculaire Canada	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
•	\$	<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 :	\$		\$

Signature du professionnel de la santé : Date :

7. Responsabilités respectives

Au moment de la livraison, le fournisseur est responsable de l'inspection des aides techniques et de garantir leur bon fonctionnement. Dystrophie musculaire Canada n'effectue aucune inspection des aides techniques et n'est pas responsable de garantir qu'elles sont exemptes de tout défaut. Vous reconnaissez que Dystrophie musculaire Canada ne peut aucunement être tenue responsable de l'entretien de ces aides techniques pendant qu'elles sont en votre possession, ni pour aucune perte, dommage ou frais que vous ou d'autres personnes pourriez encourir du fait d'une inspection, de réparations, d'état ou d'utilisation des aides techniques. Vous êtes responsable d'en assurer l'entretien et l'usage adéquats.

Vous êtes aussi responsable d'assurer une inspection et un entretien réguliers de vos aides techniques, ce qui est essentiel pour en garantir la sécurité et l'efficacité. Veuillez demander au fournisseur des instructions précises sur le programme d'entretien requis.

L'usage correct des aides techniques constitue une mesure de sécurité essentielle. Il est essentiel de vous assurer que vous et les personnes qui utilisent ces appareils soient entièrement formés à leur usage correct. Il est aussi essentiel que ces appareils ne soient utilisés qu'aux seules fins pour lesquelles ils ont été prescrits. Veuillez consulter le manuel d'instructions de votre aide technique, votre fournisseur ou votre professionnel de la santé concerné pour toutes questions touchant l'utilisation de l'appareil.

Veuillez transmettre votre formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

150, rue Isabella, bureau 301, Ottawa, ON K1S 1V7

Sans frais : 1 800 567-2873 Télécopieur : 613 567-2288 Courriel : josee.bray@muscle.ca

FM19EquipmentForm_Quebec

Mise à jour 19/4/25

Programme national d'aides techniques

Formulaire de demande



8. Dégagement de responsabilité

Dystrophie musculaire Canada s'est fiée aux recommandations d'un professionnel de la santé pour accepter de fournir une aide financière afin de vous permettre d'acquérir l'aide technique décrite dans cette demande. En signant celle-ci, 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 comprends entièrement les raisons pour lesquelles Dystrophie musculaire Canada me demande de fournir des renseignements personnels et je l'autorise à utiliser ceux-ci aux fins décrites. Je comprends aussi que je peux retirer mon consentement en tout temps, sous réserve des obligations légales ou contractuelles inhérentes et d'un avis donné dans un délai raisonnable, et que DMC m'informerait des implications d'un tel retrait de consentement.

J'autorise Dystrophie musculaire Canada à divulguer des renseignements aux personnes et organismes suivants et à en obtenir auprès d'eux :

Ce consentement s'applique à : tout renseignement personnel à des renseignements spécifiques en lien avec la période ou le contenu suivants :

RESTRICTIONS À CE CONSENTEMENT (le cas échéant)

J'autorise l'usage des renseignements ci-haut décrits par la personne ou l'organisme identifiés aux fins décrites dans le présent document, sous réserve des restrictions suivantes :

Je comprends par ailleurs :

- Que je n'ai pas l'obligation de signer ce consentement. Mon refus ne mettra pas un terme à mon association avec DMC, mais pourrait compromettre mon admissibilité aux services ou restreindre leur prestation;
- Que je peux annuler ce consentement en tout temps en remplissant la section ci-dessous. Je comprends qu'il sera alors impossible de remédier à l'utilisation ou à la transmission de tout renseignement effectuée en vertu de mon autorisation préalable;
- Que ce consentement demeurera en vigueur pour un an à compter de la date de ma signature, à moins que j'aie spécifié ci-haut une période plus courte. Le retrait de consentement peut être effectué avant la fin de la période convenue et son renouvellement. En cas de circonstances atténuantes, une période additionnelle de 30 jours sera donnée pour renouveler ce consentement.

Signature ou marque du client : Date :

Lien avec le client (*si le client ne peut signer lui-même*) : décideur substitut

Signature du témoin (*si le client a du mal à apposer sa signature ou sa marque*) :

RETRAIT DE CONSENTEMENT : J'ai été informé de la possibilité de révoquer ce consentement par un avis écrit à DMC. Par la présente, j'annule le consentement donné ci-haut et comprends que mes renseignements ne pourront plus être obtenus ni transmis à moins qu'un nouveau consentement à cet effet ne soit donné.

Signature ou marque du client : Date :

Lien avec le client (*si le client ne peut signer lui-même*) : décideur substitut

Signature du témoin (*si le client a du mal à apposer sa signature ou sa marque*) :

Veillez noter que Dystrophie musculaire Canada dispose de spécialistes de l'accès aux services qui sont disponibles pour vous soutenir dans vos démarches. N'hésitez pas à les contacter, que ce soit pour remplir ce formulaire, vous aider à trouver d'autres sources de financement, vous assister dans vos démarches auprès de ces sources, ou simplement pour vous fournir de l'information : www.muscle.ca/nous-pouvons-vous-aider/aide-financiere.

Veillez transmettre votre formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

150, rue Isabella, bureau 301, Ottawa, ON K1S 1V7

Sans frais : 1 800 567-2873 Télécopieur : 613 567-2288 Courriel : josee.bray@muscle.ca

FM19EquipmentForm_Quebec
Mise à jour 19/4/25