

Demande de subvention pour la qualité de vie destinée à la réparation d'équipement – 2022

Une fois le formulaire rempli et signé, veuillez nous le faire parvenir par télécopie, par courriel ou par la poste après y avoir joint tous les documents (c.-à-d. confirmation du diagnostic de SP et estimation du fournisseur). **Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.**

Important : Avant de commencer à remplir un formulaire de demande, veuillez lire attentivement les lignes directrices relatives au Programme de subventions pour la qualité de vie destinées à l'acquisition ou à la réparation d'équipement, consultables à partir du site Web de la Société canadienne de la SP.

A. Renseignements personnels

Nom*	Prénom*	Nom de famille*	Date de naissance*
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse*	<input type="text"/>	Ville* <input type="text"/>	Province* <input type="text"/>
Code postal*	<input type="text"/>	Numéro de tél.*	<input type="text"/>
Courriel*	<input type="text"/>		Je n'ai pas d'adresse courriel <input type="checkbox"/>
Forme de SP	SP progressive primaire <input type="text"/>	SP progressive secondaire <input type="text"/>	SP cyclique <input type="text"/>
	SCI (syndr. clin. isolé) <input type="text"/>	Maladie connexe <input type="text"/>	

Personne-ressource désignée (si différente de la personne ci-dessus)

Nom*	Prénom*	Nom de famille*
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de tél.*	<input type="text"/>	Courriel* <input type="text"/>

C. Équipement faisant l'objet de la présente demande de réparation

Type de réparation*

Renseignements relatifs au fournisseur qui fera la réparation*

Entreprise :	<input type="text"/>	Ville, province :	<input type="text"/>
Courriel :	<input type="text"/>	Numéro de tél. :	<input type="text"/>

Veillez entrer le coût total de la réparation, soustraire du coût le montant que vous assurerez, puis indiquer le montant final de l'aide financière demandée :

Coût total de la réparation*

Contribution personnelle à la réparation*

Contribution totale demandée à la Société de la SP (montant max. : 1 000 \$)*

Revenu mensuel du ménage après impôt*

Veillez indiquer dans le tableau ci-contre le nombre de personnes (membres de votre ménage) qui résident actuellement à votre adresse (cochez une seule réponse).* Si le revenu du ménage est supérieur à la valeur indiquée dans la colonne « SFR x 1,5 » pour le nombre de personnes membres du ménage, la demande ne sera pas

	<u>Ménage</u>	<u>SFR x 1,5</u>
	1 pers.	2 684.00 \$
	2 pers.	3 267.00 \$
	3 pers.	4 069.00 \$
	4 pers.	5 076.00 \$
	5 pers.	5 780.00 \$
	7 pers.	6 411.00 \$
	7 pers. plus	7 041.00 \$

D. Exonération de toute réclamation et/ou de dédommagement en lien avec la réparation

La réparation qui fait l'objet de la présente demande sera peut-être financée par la Société de la SP, mais l'équipement concerné demeurera la propriété de la personne qui fait la demande pendant la période nécessaire. Le financement est accordé sous condition que la Société de la SP ne soit pas tenue responsable de quelconques dommages, réclamations ou causes d'action qui pourraient survenir en lien avec la réparation ou l'équipement en question. **Je libère la Société canadienne de la SP de toute réclamation pouvant découler de l'utilisation de cet équipement.**

Initiales :

E. Divulgence de l'information par la Société de la SP et autorisation de communiquer avec la personne signataire

La Société canadienne de la SP reconnaît votre droit à la vie privée et s'engage à le protéger. L'information fournie dans le présent formulaire et un résumé des services demandés seront entrés dans la base de données des services de notre organisme. Ces renseignements nous permettront d'optimiser la qualité des services que nous vous procurons et d'accumuler des données statistiques anonymes. Les renseignements compris dans le présent formulaire ne sont communiqués à des personnes et à des entreprises extérieures à la Société canadienne de la SP qu'en cas d'absolue nécessité relativement à la présente demande et seulement si la personne soumettant ce formulaire a signé la présente autorisation à divulguer les renseignements la concernant. En remplissant ce formulaire, vous acceptez que la Société canadienne de la SP recueille, utilise et communique vos renseignements personnels à ces fins.

(nom en lettres détachées)

Je, , autorise par la présente la Société de la SP à conserver et à diffuser certains de mes renseignements personnels pour les besoins de la prestation de services.

Je souhaite toutefois poser les restrictions suivantes à la divulgation de l'information fournie :

Signature

Date

De plus, veuillez nous faire savoir si les représentants de la Société canadienne de la sclérose en plaques peuvent mentionner l'appellent au nom de la Société de la SP lorsqu'ils vous téléphonent ou vous laissent un message.

Initiales :

F: Déclaration de besoins financiers

Je comprends que la Société canadienne de la SP procure gratuitement des services et des produits aux personnes touchées par la SP ou une maladie connexe qui, autrement, ne pourraient obtenir ce type de soutien en raison de leurs difficultés financières. **Je confirme par ailleurs que, compte tenu des moyens financiers dont je dispose, je ne serais pas en mesure de me procurer ce type de soutien sans l'aide de la Société canadienne de la SP. Je comprends en outre qu'on pourrait me demander de fournir de l'information supplémentaire sur ma situation financière.**

Initiales :

Politique de confidentialité

Si vous avez des questions au sujet de vos renseignements personnels ou de la politique de protection de la vie privée de la Société de la SP, veuillez communiquer avec la personne responsable en matière de confidentialité, à priv@scleroseenplaques.ca ou au 1 800 268-7582.