

Programme de remboursement des dépenses des transplantés (PRDT)

FORMULAIRE DE PAIEMENT ANTICIPÉ POUR LES DEMANDEURS RECEVANT UN SOUTIEN GOUVERNEMENTAL OU UNE AIDE SOCIALE ADMISSIBLES

Veillez envoyer le formulaire rempli à :

Compétence de : Gestionnaire PRDT
 Réseau Trillium pour le don de vie
 157 Adelaide Street West, #606
 Toronto (Ontario) M5H 4E7

Pour de plus amples renseignements :

Téléphone : 416-619-2342 ou 1-888-977-3563
 Télécopieur : 416-363-4002
 Courriel : TPER@giftoflife.on.ca

Le demandeur doit remplir et déposer :

- Formulaire de paiement anticipé pour les demandeurs recevant un soutien gouvernemental ou une aide sociale admissibles
- Pièces justificatives prouvant l'aide provenant d'autres programmes

Veillez vous adresser à votre coordonnateur de la transplantation ou à votre travailleur social pour connaître les autres formulaires et documents qui pourraient être requis.

Les demandeurs qui reçoivent un financement dans le cadre de certains programmes gouvernementaux précis et admissibles peuvent avoir droit au paiement anticipé des frais d'hébergement. Les renseignements personnels fournis seront utilisés pour déterminer l'admissibilité au paiement anticipé. L'admissibilité au paiement anticipé est soumise aux directives et à la politique du ministère de la Santé. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'administrateur du PRDT au 416-619-2342 ou au 1-888-977-3563.

PARTIE A : À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Renseignements sur le patient

Prénom :	Initiale :	Nom de famille :
Adresse du domicile :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone du domicile :	Téléphone cellulaire :	Courriel :

Coordonnées du parent ou du soignant

Si un mandataire spécial ou une procuration (pour les biens) est indiqué ici, veuillez joindre à la présente demande les documents à l'appui de son statut.

Prénom :	Nom de famille :	
Lien avec le transplanté :		
Téléphone du domicile :	Téléphone cellulaire :	Courriel :

Veillez indiquer tous les programmes gouvernementaux de soutien et d'aide sociale en vertu desquels vous recevez du financement (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ontario au travail | <input type="checkbox"/> Assurance emploi |
| <input type="checkbox"/> Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées | <input type="checkbox"/> Régime de revenu annuel garanti pour les personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Programme de logement subventionné à loyer indexé sur le revenu | <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____ |

Remarque : Les demandes de paiement anticipé ne seront pas traitées sans les pièces justificatives des programmes susmentionnés (**veuillez joindre une copie et l'original dans le courrier avec la demande au PRDT**). La documentation à l'appui doit être à jour, doit indiquer la période d'approbation ou inclure une lettre d'approbation ou un relevé des prestations pour montrer la réception de l'aide gouvernementale. Pour le financement continu, les demandeurs sont tenus de présenter des documents à l'appui de l'utilisation de tous les fonds d'hébergement prépayés.

Je certifie par la présente que les informations fournies ci-dessus sont vraies. S'il y a des changements à la réception du soutien que je reçois, ou à mon admissibilité au paiement anticipé, j'en aviserais immédiatement le RTDV. Je comprends que si le paiement anticipé reçu dépasse les frais d'hébergement engagés, les paiements ultérieurs seront ajustés en conséquence.

Signature du demandeur

Date (Mois/Jour/Année)

Programme de remboursement des dépenses des transplantés (PRDT)
**FORMULAIRE DE PAIEMENT ANTICIPÉ POUR LES DEMANDEURS RECEVANT
UN SOUTIEN GOUVERNEMENTAL OU UNE AIDE SOCIALE ADMISSIBLES**

PARTIE B : REMPLIE PAR LE COORDONNATEUR DE LA TRANSPLANTATION

Renseignements sur l'hôpital de transplantation

Hôpital de transplantation : _____

Type de transplantation : Cœur Poumons Cœur-poumons

Renseignements sur le patient

Prénom : _____ Initiale : _____ Nom de famille : _____

Sexe : M F Date de naissance (MOIS/JOUR/ANNÉE) : _____ Numéro ASO : _____

Je certifie par la présente que le médecin responsable de la transplantation a demandé au patient susmentionné de déménager pour être près de l'hôpital où se fera la transplantation (conformément à la politique de l'hôpital où se fera la transplantation) comme condition préalable à l'inscription sur la liste d'attente pour la transplantation et/ou pour l'évaluation posttransplantation. À la réception d'une preuve à l'appui de son logement, il sera inscrit sur la liste des personnes à transplanter.

Lorsque le patient sera réinstallé, notre programme enverra par télécopieur au Réseau Trillium pour le don de vie le " Formulaire de soutien au logement " pour confirmer son inscription et sa réinstallation.

Écrire le nom complet du coordonnateur de la transplantation

Numéro de téléphone

Signature du coordonnateur de la transplantation

Date (Mois/Jour/Année)