

PROGRAMME DE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES DES DONNEURS VIVANTS (PREDOV)

Formulaire de demande de remboursement du PREDOV

Ce formulaire doit être rempli par tous les donneurs d'organes vivants admissibles et présenté avec les reçus originaux ou numérisés.

Section A : Renseignements sur le demandeur

Nom : _____ Sexe : M F Autre

Date de naissance : _____ Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Adresse résidentielle : _____

Ville : _____ Province : _____ Pays : _____

Code postal : _____ N° de carte Santé : _____

Programme de transplantation : _____ Rein Foie

Oui Non

Êtes-vous admissible à présenter une demande dans le cadre du **Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales**? Le cas échéant, vous devez présenter cette demande avant de présenter une demande auprès du PREDOV.

Faites-vous une demande de subvention pour perte de revenu? Le cas échéant, vous devez présenter le formulaire de vérification des revenus et des prestations.

Résidents non canadiens seulement

de passeport : _____ Devise du remboursement : _____

Je, _____, soussigné(e), ai fourni, autant que je sache, des renseignements exacts et complets. Je comprends que les renseignements personnels fournis dans la présente demande ne seront utilisés que dans le but d'établir mon admissibilité au remboursement des frais par le Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV). Les renseignements fournis seront traités par Workday, un fournisseur de services tiers, dans une administration située à l'extérieur du Canada. Workday se conforme aux normes internationalement reconnues en matière de protection de la vie privée et est soumis au Règlement général sur la protection des données de la Commission européenne. Je comprends également que le RTDV peut compiler des renseignements statistiques pour faire rapport sur son programme de remboursement des frais ou à des fins démographiques; aucun renseignement personnel identifiant ne sera utilisé à ces fins. Si vous avez des inquiétudes sur la manière dont le RTDV gère vos renseignements personnels, veuillez consulter le site www.giftoflife.on.ca ou appeler l'agent du service de protection de la vie privée au 1-800-263-2833.

Signature du demandeur

Date

Facultatif : Avez-vous un lien de parenté avec le receveur d'organe potentiel? J'ai un lien de parenté Je n'ai pas de lien de parenté Je fais un don anonyme

Origine ethnique _____

Consultez la brochure du PREDOV pour connaître les conditions d'admissibilité détaillées pour chaque catégorie de dépenses. Les reçus originaux ou numérisés doivent être présentés pour toutes les dépenses liées au don d'organes.

Section B : Demande de remboursement des dépenses du donneur vivant

Nom : _____ Date : _____

Déplacement : Comprend le billet d'avion en classe économique (plus de 100 km), le train, l'autobus et les services de navette, de taxi ou de covoiturage, le kilométrage (0,41 \$/km), le stationnement ou le transport en commun, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Pour le remboursement du kilométrage, estimez la distance à parcourir, dans un sens, entre le domicile et le programme de transplantation et indiquez le nombre total d'allers simples effectués (un aller-retour compterait pour 2). **Des pièces justificatives sont requises.**

Détails			Demande de remboursement (\$) 2 000 \$ maximum	Remboursement À usage interne seulement
Kilométrage entre le domicile et le programme de transplantation _____ km	Nombre d'allers simples faisant l'objet de la demande _____	Total des frais de kilométrage à rembourser _____ x 0,41 \$/km	\$ _____	
Total des frais de stationnement			\$ _____	
Total du billet d'avion			\$ _____	
Total des frais d'autobus ou de train			\$ _____	
Transport en commun			\$ _____	
Autre type de déplacement : _____			\$ _____	
Total de la demande de remboursement des frais de déplacement			\$ _____	

Repas ou allocations de repas : Comprend les frais de repas engagés lors d'une visite admissible (évaluations à l'hôpital, chirurgie de don et suivi postopératoire à l'hôpital jusqu'à un an après la chirurgie). L'allocation quotidienne maximale est de 30 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 210 \$. **Aucune pièce justificative n'est requise.**

		Demande de remboursement (\$) 210 \$ maximum	Remboursement À usage interne seulement
Nombre de jours pour lesquels le remboursement des repas est demandé _____	Total de la demande de remboursement	\$ _____	

	des frais de repas		
--	---------------------------	--	--

Hébergement : Les candidats qui vivent à plus de 100 km du programme de transplantation peuvent demander jusqu'à 2 nuits pour chaque visite d'évaluation, jusqu'à 5 nuits après la sortie de l'hôpital après la chirurgie, et jusqu'à 2 nuits pour chaque visite de suivi postopératoire jusqu'à 1 an après la chirurgie. L'allocation maximale par nuit est de 175 \$ par nuit, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. **Des pièces justificatives sont requises.**

		Demande de remboursement (\$) 2 000 \$ maximum	Remboursement <i>À usage interne seulement</i>
Nombre de nuits faisant l'objet de la demande _____	Total de la demande de remboursement des frais d'hébergement	\$ _____	

OPTIFAST® : Disponible pour les donneurs de foie vivants qui doivent prendre OPTIFAST®, tel que vérifié par leur programme de transplantation, jusqu'à 700 \$. **Des pièces justificatives sont requises.**

		Demande de remboursement (\$) 700 \$ maximum	Remboursement <i>À usage interne seulement</i>
Total de la demande de remboursement des frais d'OPTIFAST®		\$ _____	

Section C : Demande de remboursement des dépenses relatives à la personne accompagnante

Tous les donneurs qui subissent une intervention chirurgicale pourront bénéficier du remboursement des frais de voyage, d'hébergement et de repas de la personne qui les accompagne, au même tarif que le donneur vivant. Les frais d'accompagnement ne seront remboursés que pendant la période précédant immédiatement l'opération, pendant le séjour à l'hôpital et jusqu'à 5 jours après la sortie du donneur de l'hôpital, jusqu'au retour du donneur à son domicile. Les rendez-vous réguliers d'évaluation ou de suivi ne sont pas remboursés.

Nom du demandeur : _____

Nom de la personne accompagnante : _____ **Date** : _____

Déplacement de la personne accompagnante : Comprend le billet d'avion en classe économique (plus de 100 km), le train, l'autobus ou tout autre moyen de transport public, jusqu'à concurrence de 2 000 \$. Les personnes accompagnantes voyagent généralement avec le donneur et ne sont donc pas admissibles pour les dépenses qui sont réclamées par le donneur. *Les frais de voyage des autres personnes accompagnantes seront examinés au cas par cas.* **Des pièces justificatives sont requises.**

Déplacement d'une personne accompagnante	Demande de remboursement (\$) 2 000 \$ maximum	Remboursement <i>À usage interne seulement</i>
Total du billet d'avion	\$ _____	
Total des frais d'autobus ou de train	\$ _____	
Transport en commun	\$ _____	

Déplacement d'une autre personne accompagnante		
Détails : _____	\$ _____	
Total de la demande de remboursement des frais de déplacement de la personne accompagnante	\$ _____	

Repas ou allocation de repas de la personne accompagnante : Comprend les repas la veille de l'opération, pendant le séjour à l'hôpital et jusqu'à 5 jours après la sortie de l'hôpital du donneur, jusqu'à concurrence de 210 \$, avec un maximum de 30 \$ par jour. **Des pièces justificatives sont requises.**

		Demande de remboursement (\$) 210 \$ maximum	Remboursement <i>À usage interne seulement</i>
Nombre de jours pour lesquels le remboursement des repas est demandé _____	Total de la demande de remboursement des frais de repas	\$ _____	

Hébergement de la personne accompagnante : La personne qui accompagne les donneurs et qui vit à plus de 100 km du programme de transplantation peut demander le remboursement des frais d'hébergement pour la nuit précédant l'intervention chirurgicale, pendant le séjour à l'hôpital et jusqu'à 5 jours après la sortie de l'hôpital du donneur, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ et d'un maximum de 175 \$ par nuit. **Des pièces justificatives sont requises.**

		Demande de remboursement (\$) 2 000 \$ maximum	Remboursement <i>À usage interne seulement</i>
Nombre de nuits faisant l'objet de la demande _____	Total de la demande de remboursement des frais d'hébergement de la personne accompagnante	\$ _____	

Liste de contrôle de la demande auprès du PREDOV

Cette liste de contrôle comprend des instructions sur la manière de présenter une demande de remboursement auprès du PREDOV.

Pour que votre demande auprès du PREDOV soit traitée le plus rapidement possible, veuillez vous assurer que tous les formulaires et documents justificatifs corrects sont présentés. **Les demandes doivent être reçues au plus tard 12 mois après votre dernière évaluation ou visite de suivi pour être considérées comme admissibles à un remboursement.**

Veuillez consulter la liste de contrôle de la demande (ci-dessous) avant de présenter votre dossier de demande.

Formulaires requis : Tous les donneurs d'organes vivants et les donneurs d'organes vivants potentiels qui souhaitent obtenir un remboursement du PREDOV sont tenus de présenter ces formulaires.

<input type="checkbox"/> Formulaire de demande de remboursement du PREDOV (sections a et b ci-dessus)	<ul style="list-style-type: none">✓ Joindre les reçus originaux pour toutes les dépenses admissibles, à l'exception des demandes de remboursement de frais de kilométrage et de repas.✓ Les demandeurs du Nord de l'Ontario qui ont fait une demande au titre du Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales peuvent présenter des reçus photocopiés.
<input type="checkbox"/> Formulaire de vérification des rendez-vous	<ul style="list-style-type: none">✓ Fourni par le Programme de transplantation✓ À remplir par le coordonnateur du programme de transplantation et à renvoyer au demandeur pour qu'il la joigne au Formulaire de demande de remboursement du PREDOV.✓ Les rendez-vous seront vérifiés auprès du programme de transplantation si la liste de contrôle n'est pas fournie avec le Formulaire de demande de remboursement du PREDOV.

Formulaires supplémentaires : Ces formulaires sont applicables à certains donneurs d'organes vivants et aux donneurs d'organes vivants potentiels. Voir les détails pour déterminer l'admissibilité.

<input type="checkbox"/> Demande de remboursement des frais de la personne accompagnante (section C ci-dessus)	<ul style="list-style-type: none">✓ Remplir et présenter la section C du Formulaire de demande de remboursement du PREDOV si vous êtes un donneur vivant et qu'une personne accompagnante vous a accompagné lors de votre opération.
<input type="checkbox"/> Formulaire de vérification des revenus et des prestations	<ul style="list-style-type: none">✓ Remplir et présenter ce formulaire si vous :<ul style="list-style-type: none">▪ êtes un résident canadien qui travaille ou qui est travailleur autonome;▪ avez subi une intervention chirurgicale pour faire don de votre organe.✓ Doit être rempli par le demandeur et par l'employeur du demandeur, le cas échéant.
<input type="checkbox"/> Certificat de perte de revenus	<ul style="list-style-type: none">✓ Remplir le certificat avec votre médecin ou coordonnateur de transplantation dès que la chirurgie de don est prévue.✓ Le présenter avec le Formulaire de vérification des revenus et des prestations.

□ Lettre justificative des déplacements	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour les donneurs de l'extérieur de l'Ontario qui doivent se déplacer pour subir une évaluation ou une chirurgie afin de devenir un donneur d'organes vivant. ✓ À remplir avant de se rendre en Ontario.
--	--

Les demandes remplies peuvent être numérisées et envoyées par courriel à l'administrateur du PREDOV (PRELOD@giftoflife.on.ca) ou envoyées dans une enveloppe confidentielle à l'adresse suivante :

Réseau Trillium pour le don de vie, administrateur du PREDOV
157, rue Adélaïde Ouest, bureau 606
Toronto (Ontario) M5H 4E7