



## FORMULAIRE DE DEMANDE

Le programme de remboursement des dépenses des transplantés (PRDT) aide à alléger le fardeau financier des patients en attente d'une transplantation cardiaque, cardiaque et pulmonaire ou pulmonaire qui, en vertu d'une exigence du programme de transplantation de l'Ontario, doivent se reloger temporairement à proximité de l'hôpital de transplantation pour être inscrits sur la liste d'attente ou pour recevoir des soins après la transplantation.

**Évitez les retards - Assurez-vous que tous les formulaires et les documents justificatifs requis sont présentés.** Veuillez vous assurer d'indiquer correctement le nom et l'adresse postale du bénéficiaire sur le formulaire de demande pour que votre paiement soit traité (si votre demande est approuvée).

**Critères d'admissibilité au programme de remboursement des dépenses des transplantés** - Le patient doit satisfaire tous les critères suivants :

1. Il doit être un patient en attente d'une transplantation de cœur, de cœur-poumon ou de poumons. Les patients ayant subi une greffe de l'intestin grêle peuvent être considérés comme admissibles dans des cas exceptionnels.
2. Doit résider à au moins 2,5 heures de route d'un hôpital de transplantation et, pour plus de certitude, lorsque la politique de l'hôpital de transplantation exige que le patient soit réinstallé comme condition préalable à son inscription sur la liste d'attente de l'hôpital de transplantation ou à l'évaluation de son congé après la chirurgie.
3. Doit être un résident de l'Ontario et être assuré par Assurance-santé de l'Ontario (ASO).
4. Doit confirmer que les frais d'hébergement ne sont pas couverts par un autre programme/organisme et que toutes les autres sources de financement propres aux frais d'hébergement ont été épuisées.
5. Doit être recommandé par un médecin spécialiste de la transplantation, comme indiqué sur le Formulaire d'aide à la réinstallation, avant la réinstallation du patient.

**L'admissibilité au remboursement des frais d'hébergement (si la demande est approuvée)** - Un patient doit répondre à tous les critères suivants pour être admissible au remboursement des frais d'hébergement :

1. Le patient répond aux critères d'admissibilité du programme PRDT énoncés ci-dessus.
2. Le patient a déménagé temporairement ou déménagera sous peu à proximité de l'hôpital de transplantation afin de répondre aux exigences de l'hôpital de transplantation, comme indiqué au numéro 2 ci-dessus.
3. Le patient a présenté l'original ou des copies de reçus d'hébergement détaillés (p. ex. reçus officiels d'hôtel ou d'hébergement) pour prouver qu'une dépense d'hébergement a été engagée. Pour les patients de moins de 18 ans, un reçu d'hébergement peut être établi au nom du parent/tuteur et
  - a. dans le cas de la détermination du paiement des frais d'hébergement avant la chirurgie de transplantation, l'hôpital de transplantation a confirmé auprès du Réseau Trillium pour le don de vie que le candidat est inscrit ou sera inscrit lors d'une réinstallation temporaire imminente à proximité de l'hôpital de transplantation pour être placé sur la liste d'attente pour le cœur, le cœur-poumons ou les poumons selon les critères de l'hôpital de transplantation ou
  - b. dans le cas de la détermination du paiement des frais d'hébergement après la chirurgie de transplantation et après le congé, l'hôpital de transplantation a confirmé auprès du Réseau Trillium pour le don de vie que le candidat a besoin de soins de suivi liés à la transplantation donnés à l'hôpital de transplantation.

**Veillez noter :**

- Votre programme de transplantation doit soumettre un formulaire de soutien à la réinstallation au RTDV peu avant la date d'approbation du patient inscrite sur la liste d'attente.

## FORMULAIRE DE DEMANDE

<p><b>Veillez faire parvenir le formulaire rempli à :</b> Compétence de : Gestionnaire TRDP Réseau Trillium pour le don de vie 157 Adelaide Street West, #606 Toronto (Ontario) M5H 4E7</p> <p><b>Pour de plus amples renseignements :</b> Téléphone : 416-619-2342 ou 1-888-977-3563 Télécopieur : 416-363-4002 Courriel : <a href="mailto:TPER@giftoflife.on.ca">TPER@giftoflife.on.ca</a></p>	<p><b>Le demandeur doit remplir et déposer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulaire de demande</li> <li>• Pièces justificatives             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bail ou contrat de location</li> <li>• Preuve de paiement</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Le coordonnateur de la transplantation doit remplir et déposer :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificatifs du formulaire de relogement</li> </ul> <p>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.</p>
--	---

### PARTIE A : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

#### Renseignements sur l'hôpital de transplantation

Hôpital de transplantat :

Type de transplantat :  Cœur  Poumons  Cœur-poumons

#### Renseignements sur le demandeur

Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

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

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone du domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Préférez-vous la correspondance par courriel ?  Oui  Non

#### 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.*  **Cochez ici pour indiquer que le paiement doit être payable au parent ou au tuteur.**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Lien avec le transplanté : \_\_\_\_\_

Téléphone du domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### PARTIE B : FINANCEMENT PROVENANT D'AUTRES PROGRAMMES

Veillez remplir le tableau ci-dessous pour divulguer les fonds que vous avez reçus d'autres programmes/activités (p. ex. programmes gouvernementaux ou organismes de bienfaisance enregistrés) pour couvrir directement ou partiellement les frais d'hébergement liés à la réinstallation à des fins de transplantation.  **Je ne reçois aucun financement provenant d'autres programmes.**

Programme	Date de réception	Montant (\$)	Commentaires/Remarques

## FORMULAIRE DE DEMANDE

### PARTIE C : RENSEIGNEMENTS SUR LES FRAIS D'HÉBERGEMENT LOCAUX

Si, à tout moment, les détails de votre hébergement local (par exemple, l'adresse, les coûts de location, etc.) changent, vous êtes tenu d'en informer immédiatement l'administrateur du PRDT au 416-619-2342 / 1-888-977-3563.

#### Adresse du lieu de réinstallation

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Téléphone local :

#### Informations sur le bail ou le contrat de location

Société de location ou de gestion immobilière :

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Téléphone de contact

Nom complet du gestionnaire immobilier ou du propriétaire :

#### Durée du bail ou du contrat de location

Veillez fournir des documents à l'appui de votre bail/contrat de location pour le relogement temporaire. Les originaux ou les copies des reçus d'hébergement détaillés doivent être fournis pour qu'un remboursement soit traité.

Date de début :

Date de fin :

Loyer mensuel :

## FORMULAIRE DE DEMANDE

### CALENDRIER DES PAIEMENTS :

Veillez remplir les champs sous « À remplir par le demandeur » aussi complètement que possible. Toute information complémentaire relative à la prise en compte du remboursement dans les mois suivants peut être envoyée au RTDV à une date ultérieure.

Nom complet du patient : \_\_\_\_\_

À remplir par le demandeur				À l'usage du gestionnaire du PRDT Numéro RTDV _____		
Mois	Date	Loyer	Reçus ci-joints (OUI/NON)	Preuve de paiement fournie	Remboursement admissible (\$)	Numéro du chèque émis
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
TOTAL						

### PARTIE D : DÉCLARATION D'ATTESTATION

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente demande, dans tout document joint et dans les renseignements fournis ultérieurement sont et seront exacts, complets et qu'ils divulguent entièrement toutes les sources de financement pertinentes (y compris le financement gouvernemental, les organismes de bienfaisance enregistrés ou d'autres programmes/activités) destinées à mon usage particulier et direct pour couvrir les frais d'hébergement associés au relogement à des fins de transplantation.

J'accepte également d'aviser RTDV de tout changement qui pourrait affecter mon admissibilité ou la continuation de mon admissibilité à recevoir un remboursement dans le cadre de ce programme.

Veillez envoyer mes chèques de remboursement à mon (cochez une case) :  
Adresse temporaire

Adresse de domicile

\_\_\_\_\_  
Écrire le nom complet du demandeur ou du parent/soignant en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur ou du parent/soignant

\_\_\_\_\_  
Date (Mois/Jour/Année)