

Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide Instructions relatives au Fonds d'aide médicale extraordinaire (FAME)

Les survivants canadiens de la thalidomide confirmés ont accès au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME ») qui vise à les aider à défrayer les coûts liés aux soins de santé extraordinaires encourus afin de répondre à des besoins tels que des chirurgies spécialisées ou des adaptations de domiciles ou de véhicules.

Les survivants peuvent présenter des demandes dans le cadre du FAME pour les aider à défrayer les coûts des adaptations de domiciles ou de véhicules même si la province ou le territoire où ils résident offre un programme de soutien financier similaire pour les aider à défrayer les coûts en question. Ainsi, si un survivant a présenté une demande dans le cadre d'un programme provincial ou territorial qui vise à l'aider à défrayer les coûts d'une adaptation extraordinaire de son domicile ou de son véhicule et attend de savoir si de tels coûts seront admissibles, il peut plutôt choisir de présenter sa demande dans le cadre du FAME.

Le site Web www.tscp-pcst.ca comprend une liste des coûts potentiels admissibles. Vous pouvez également obtenir la liste en communiquant avec l'Administrateur. Bien que l'Administrateur ait tenté de dresser une liste complète des coûts, il pourrait y avoir d'autres nouvelles dépenses admissibles non encore comprises dans la liste de coûts. Conséquemment, si vous ne voyez pas vos coûts spécifiquement indiqués dans la liste, veuillez quand même présenter votre demande et elle sera évaluée aux fins d'admissibilité. Si vos dépenses sont jugées admissibles, les coûts seront ajoutés à la liste.

Veuillez consulter la Foire aux questions - réponses ci-jointe pour de plus amples renseignements.

Demande de soutien financier dans le cadre du FAME

Vous pouvez présenter votre formulaire de demande à n'importe quel moment entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020. Les formulaires de demande relatifs au FAME seront examinés et un paiement sera émis (si les dépenses présentées sont admissibles) au moment de leur soumission selon le principe du premier arrivé, premier servi. Si les demandes au cours d'une année donnée sont plus importantes que les fonds disponibles, une demande de survivant pourra être automatiquement reportée à l'exercice financier suivant et la demande du survivant en question sera traitée en priorité au cours du prochain exercice financier. Le nombre maximum de reports d'une demande présentée dans le cadre du FAME est un report d'un exercice financier. *Veuillez noter que si les besoins sont plus importants que les fonds disponibles au cours d'un exercice financier donné, les demandes de soutien financier liées aux coûts extraordinaires en matière de santé (par exemple, les chirurgies) auront la priorité sur tout autre genre de demandes.* À ce jour, le manque de fonds n'a pas été une préoccupation.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Pour demander un soutien financier dans le cadre du FAME, vous devez remplir au complet le formulaire de demande relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (FAME) ci-joint et vous pouvez joindre soit des photocopies des dépenses déjà encourues ou une ou des propositions de coûts pour des dépenses que vous aimeriez vous faire rembourser dans le cadre du FAME.

Les survivants peuvent continuer de présenter **un maximum de deux (2)** demandes de soutien financier relatif au FAME par exercice financier, sauf en cas de besoin urgent qui sera évalué au cas par cas.

Les dépenses doivent avoir été encourues ou les propositions de coûts doivent avoir été obtenues à l'intérieur de l'année qui précède la date de présentation de votre formulaire de demande relatif au FAME. Chaque reçu et ou proposition de coûts doit comprendre une description claire des dépenses encourues ou à encourir. Par exemple, si vous présentez une demande le 5 juin 2019, les dépenses encourues ou propositions de coûts obtenues entre le 5 juin 2018 et le 5 juin 2019 s'appliqueront à l'exercice financier 2019-2020. Chaque reçu et ou proposition de coûts doit comprendre une description claire des dépenses encourues ou à encourir.

Lorsque vous obtenez des propositions de coûts (cotations), elles doivent provenir d'un professionnel agréé (par exemple, un entrepreneur licencié, un garage de service automobile autorisé ou un établissement médical professionnel autorisé, etc.). Les propositions doivent comprendre des détails portant sur le travail requis ainsi que les coûts associés au travail à effectuer. Elles doivent également comprendre les exigences liées aux acomptes ou au dépôt requis avant que le travail ne puisse être effectué. Seules les dépenses de professionnels qualifiés ou licenciés seront prises en compte. **Si la dépense pour laquelle vous demandez un remboursement est supérieure à 10 000 \$CAN, vous devrez soumettre pour la dépense en question deux (2) propositions de coûts détaillées provenant de deux entrepreneurs professionnels agréés différents.** Si cela n'est pas possible, le survivant doit expliquer par écrit pourquoi il n'a pas été en mesure d'obtenir deux (2) propositions de coûts. *L'Administrateur pourrait choisir d'obtenir une deuxième proposition de coûts par l'entremise d'un vendeur associé de Crawford & Company (Canada) Inc. à des fins de comparaison seulement.*

Les demandes de soutien financier pour la même dépense ne seront pas autorisées avant cinq (5) ans suivant la date de la demande précédente. Par exemple, si un soutien financier est accordé pour l'adaptation complète de la salle de bain du rez-de-chaussée de votre domicile, vous ne pourrez pas demander de soutien financier pour apporter des modifications à cette même salle de bain avant cinq (5) ans de la date de cette demande, sauf en cas d'un besoin urgent.

Pour que votre demande s'applique à l'exercice financier 2019-2020, votre demande dûment remplie devra avoir été **REÇUE au plus tard le 31 mars 2020**. Sinon, elle sera examinée au cours de l'exercice financier suivant.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Pour présenter une demande de soutien financier dans le cadre du FAME, le survivant doit :

1. Dûment remplir le formulaire de demande de soutien financier relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (FAME) ci-joint.
2. Fournir une photocopie de l'Avis de cotisation pour l'année 2018 à moins que vous ayez choisi de ne pas la soumettre. Si vous choisissez de ne pas soumettre votre Avis de cotisation, votre revenu sera évalué au niveau le plus élevé pour les besoins du critère portant sur les besoins financiers.
3. Fournir les autres documents à l'appui demandés, y compris les reçus et ou les propositions de coûts.
4. Fournir une photocopie d'une pièce d'identité avec photo du survivant émise par le gouvernement.
5. Fournir une photocopie d'une pièce d'identité avec photo du représentant dûment désigné du survivant émise par le gouvernement, selon le cas.
6. Retourner le formulaire de demande relatif au FAME dûment rempli accompagné des reçus et ou des propositions de coûts, des documents à l'appui et des pièces d'identité à l'Administrateur, **par la poste, par courrier électronique ou par télécopieur comme suit :**

Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide
a/s de Crawford – Services de recours collectifs
pièce 3-505, 133, rue Weber Nord
Waterloo (ON) N2J 3G9
tscp-pcst@crawco.ca; 1-888-842-1332

**Date limite pour présenter une demande dans le cadre du
FAME pour l'exercice financier 2019-2020 :
Reçue au plus tard le 31 mars 2020**

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?
1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Énoncé de confidentialité :

Les renseignements requis dans le cadre du formulaire de demande relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME ») du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur du programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide (« l'Administrateur ») et ses agents aux fins d'exploitation et d'administration du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* L.C. 2000, ch. 5 (« LPRPDE »). Les renseignements seront transmis au gouvernement du Canada afin de faciliter l'administration du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide. Les renseignements personnels sont protégés en vertu des lois fédérales, y compris de la *LPRPDE* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués conformément aux lois applicables. Vous avez le droit de demander accès à vos renseignements personnels. Pour ce faire, veuillez composer le 1-877-507-7706 ou le 1-877-627-7027 (ATS).

**Je présente une demande de soutien financier dans le cadre du FAME pour
l'exercice financier 2019-2020**

**DATE LIMITE POUR PRÉSENTER LA DEMANDE —
REÇUE AU PLUS TARD LE 31 MARS 2020**

Section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide

Prénom :	
Second(s) prénom(s) :	
Nom de famille :	
Date de naissance (mm/jj/aaaa) :	
Sexe à la naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Identité de genre :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : _____
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	() -
Autre numéro de téléphone :	() -

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Adresse de courrier électronique :	
------------------------------------	--

**Section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment désigné du survivant
(Veuillez laisser en blanc si le survivant n'a pas de représentant personnel dûment désigné)**

Cette section doit être remplie **uniquement** si vous avez été **légalement** désigné pour administrer les affaires du survivant. Vous DEVEZ fournir une preuve de votre pouvoir d'agir à titre de représentant personnel du survivant de la thalidomide. Veuillez remplir toutes les cases de la section 1 à la page précédente pour le survivant et de la section 2 ci-dessous pour vous-même.

Je joins une photocopie certifiée conforme d'une (1) des pièces suivantes :	Veuillez cocher (✓) la case appropriée : <input type="checkbox"/> Pouvoir d'agir <input type="checkbox"/> Ordonnance des tribunaux <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Le pouvoir d'agir a déjà été transmis à l'Administrateur et demeure inchangé (si cette case est cochée, aucun besoin de retransmettre la pièce en question).
Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	() -
Autre numéro de téléphone :	() -
Adresse de courrier électronique :	
Votre lien avec le survivant :	

Section 3 : Personne ayant aidé à remplir le présent formulaire

Même chose que pour la section 2

(Si cette case est cochée, aucun besoin de remplir les cases de la section 3 qui suit)

Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	() -
Autre numéro de téléphone :	() -
Adresse de courrier électronique :	
Votre lien avec le survivant :	

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Section 4 : Dépenses liées au FAME

Les survivants peuvent présenter une demande dans le cadre du Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME ») pour les aider à défrayer les coûts liés aux adaptations de domiciles ou de véhicules même si la province ou le territoire où ils résident offre un programme de soutien financier pour les aider à défrayer les dépenses en question. Ainsi, si un survivant a présenté une demande d'aide pour défrayer les coûts d'une adaptation extraordinaire de domicile ou de véhicule dans le cadre d'un programme provincial ou territorial et attend de savoir si les coûts en question seront admissibles, il peut plutôt opter de présenter sa demande dans le cadre du FAME.

Une liste des dépenses possibles est disponible sur le site Web www.tscp-pcst.ca ou en téléphonant à l'Administrateur. Cette liste n'est pas exhaustive; cependant, les examens de routine de la vue, les examens dentaires de routine, les lunettes de routine et les services continus comme l'entretien de la maison ou du jardin et les traitements, massages ou traitements chiropratiques qui sont récurrents ne sont pas admissibles dans le cadre du FAME. Si vous n'êtes pas certain qu'une dépense est couverte, veuillez présenter votre demande pour examen.

Instructions :

1. Veuillez répondre aux questions des parties 1 et 2 de la section 4 à la page suivante.

Partie 1 — Description des dépenses

Partie 2 — Renseignements supplémentaires

2. Veuillez fournir une photocopie de votre Avis de cotisation portant sur votre déclaration de revenus de l'année précédente. **Veuillez cocher () la case appropriée ci-dessous :**

- Je présente une demande de soutien financier dans le cadre du FAME pour l'exercice financier 2019-2020 et je joins une photocopie de mon Avis de cotisation de l'année d'imposition 2018.
- Je choisis de NE PAS présenter de copie de mon Avis de cotisation et je comprends que ce faisant, mon revenu sera évalué au niveau le plus élevé aux fins du critère portant sur les besoins financiers.

3. Veuillez fournir une photocopie de tout autre document requis ou tout autre document qui, selon vous, appuierait votre demande de soutien financier.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Section 4 : Partie 1 — Description des coûts

Afin d'aider l'Administrateur à évaluer votre demande de soutien financier présentée dans le cadre du FAME, veuillez fournir une brève description des dépenses pour lesquelles vous demandez un soutien financier dans le cadre du FAME et cocher les cases appropriées afin d'indiquer les documents justificatifs que vous avez soumis concernant vos coûts. S'il vous faut plus d'espace, veuillez photocopier la page 5. Veuillez écrire le nom complet du survivant au haut de chaque feuille supplémentaire et sur chaque document à l'appui présenté. Veuillez numéroter chaque reçu ou proposition de coûts en référence à la section 4 : Partie 1 pour faciliter l'identification.

Si les coûts pour lesquels vous présentez une demande de remboursement de dépenses excèdent 10 000 \$CAN, veuillez présenter deux (2) propositions détaillées des coûts en question provenant de deux (2) entrepreneurs professionnels autorisés. Si cela n'est pas possible, vous devrez expliquer par écrit pourquoi vous n'avez pas été en mesure d'obtenir deux (2) propositions de coûts.

Si vous choisissez de soumettre des documents médicaux, les documents peuvent être sous forme d'une note de votre fournisseur de soins de santé, expliquant l'importance de l'adaptation/du besoin/de la dépense en question. La note est utile, mais n'est pas obligatoire. Vous pouvez également soumettre des photographies qui documentent le fondement du besoin, mais encore une fois, la documentation en question est facultative.

N°	Description des coûts	Montant demandé	Documentation d'appui ci-jointe
			<input type="checkbox"/> Photocopie d'un ou de plusieurs reçus <input type="checkbox"/> Avis de cotisation de 2018 <input type="checkbox"/> Estimations et ou propositions de coûts détaillées <input type="checkbox"/> Note et ou rapport médical <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
			<input type="checkbox"/> Photocopie d'un ou de plusieurs reçus <input type="checkbox"/> Avis de cotisation de 2018 <input type="checkbox"/> Estimations et ou propositions de coûts détaillées <input type="checkbox"/> Note et ou rapport médical <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

N°	Description des coûts	Montant demandé	Documentation d'appui ci-jointe
			<input type="checkbox"/> Photocopie d'un ou de plusieurs reçus <input type="checkbox"/> Avis de cotisation de 2018 <input type="checkbox"/> Estimations et ou propositions de coûts détaillées <input type="checkbox"/> Note et ou rapport médical <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
			<input type="checkbox"/> Photocopie d'un ou de plusieurs reçus <input type="checkbox"/> Avis de cotisation de 2018 <input type="checkbox"/> Estimations et ou propositions de coûts détaillées <input type="checkbox"/> Note et ou rapport médical <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
			<input type="checkbox"/> Photocopie d'un ou de plusieurs reçus <input type="checkbox"/> Avis de cotisation de 2018 <input type="checkbox"/> Estimations et ou propositions de coûts détaillées <input type="checkbox"/> Note et ou rapport médical <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
	Total :		

Veillez noter que le FAME comprend un montant plafond (maximum) : Un survivant peut recevoir du FAME un montant maximum de 40 000 \$ par exercice financier, indexé au taux de 2 % par année, sous réserve de la disponibilité de fonds. En d'autres mots, si les coûts totaux qu'un survivant présente au cours du même exercice financier excèdent 40 000 \$, peu importe qu'il présente une seule demande ou plus d'une demande avant chaque date limite pour l'exercice financier en question, le montant maximum qu'un survivant pourra recevoir pour toutes les demandes présentées au cours de ce même exercice financier n'excédera pas le montant de 40 000 \$ indexé au taux de 2 % par année.

Le montant plafond pour l'exercice financier 2019-2020 est de 41 616,00 \$CAN.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Section 5 : Pièce d'identité avec photo et confidentialité

Afin de protéger votre vie privée et de nous aider à confirmer votre identité lorsque nous recevons vos documents, il nous faut obtenir de **TOUS** les survivants admissibles une preuve d'identité chaque fois qu'un nouveau formulaire de demande nous est soumis. Les représentants personnels dûment désignés doivent fournir une pièce d'identité **tant** pour le survivant **que** pour eux-mêmes.

Veillez soumettre une photocopie d'une (1) des pièces d'identité suivantes émises par un gouvernement comme preuve d'identité. La pièce d'identité **doit comprendre votre date de naissance** :

- Certificat de naissance
- Certificat de baptême
- Permis de conduire provincial valide
- Pièce d'identité avec photo valide émise par la province (doit comprendre la date de naissance)
- Passeport canadien

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Section 6 : Déclaration et signature

La section 6 doit être remplie par le survivant de la thalidomide ou par le représentant personnel dûment autorisé à agir au nom du survivant. Veuillez lire la déclaration attentivement avant de la signer.

Déclaration :

1. J'ai rempli le formulaire de demande de soutien financier relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME ») lié au Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide et je reconnais que l'Administrateur examinera ma demande dans le but de vérifier si le formulaire de demande a été dûment rempli, et qu'il devra peut-être communiquer avec moi pour me demander des renseignements supplémentaires. Je reconnais que les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande ainsi que les pièces justificatives seront utilisés pour évaluer ma demande de soutien financier présentée dans le cadre du FAME.
2. **Je reconnais également qu'en signant la présente déclaration, je confirme n'avoir reçu aucun soutien financier d'un autre programme provincial ou territorial ou d'un autre organisme en rapport avec les coûts indiqués dans le présent formulaire de demande de soutien financier.**
3. Je comprends que ma demande pourrait être choisie au hasard aux fins d'une vérification du travail accompli pour aider l'Administrateur à mieux comprendre les besoins spécialisés des survivants de la thalidomide et aux fins de l'assurance de la qualité.
4. Je consens à partager mes renseignements personnels, y compris, mais sans s'y limiter, mes coordonnées, avec l'Administrateur, le gouvernement du Canada et les tierces parties autorisées et nécessaires, uniquement aux fins du traitement de ma demande d'évaluation.

En signant ci-dessous, j'indique que je consens au contenu de la présente déclaration.

Survivant de la thalidomide/Représentant personnel :

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____

(mm/jj/aaaa)

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Section 6 : Déclaration et signature (suite)

Tous les survivants de la thalidomide ou tous les représentants personnels dûment désignés doivent signer ou apposer leur marque à la section 6 en présence d'un témoin qui peut être un parent. Le témoin doit fournir les renseignements ci-dessous à titre de témoin et signer la déclaration du témoin sur la page suivante.

Prénom du témoin

Nom de famille du témoin

Ville/Municipalité

Province/Territoire/État

Pays

Lien avec le survivant de la thalidomide/Représentant personnel

Déclaration du témoin : J'ai été témoin de la signature ou de l'apposition de la marque du survivant de la thalidomide ou du représentant personnel dûment désigné. Lorsque le survivant de la thalidomide ou le représentant personnel dûment désigné a signé en apposant une marque, j'ai lu le contenu du présent formulaire de demande de soutien financier relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME ») du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide au survivant de la thalidomide et ou à son représentant personnel, qui a signé en apposant une marque, qui comprend et qui confirme les renseignements.

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____

(mm/jj/aaaa)

Veillez-vous assurer que lorsque vous retournerez le formulaire de demande dûment rempli à l'Administrateur, les pièces suivantes l'accompagneront :

- Des photocopies des reçus, des propositions de coûts (cotations), des notes et rapports médicaux et autres documents selon le cas.
- Une photocopie de votre Avis de cotisation pour l'année d'imposition 2018, à moins que vous ayez choisi de ne pas le soumettre.
- Une photocopie de la pièce d'identité du survivant émise par le gouvernement.
- Une photocopie de la pièce d'identité du représentant dûment désigné (selon le cas) émise par le gouvernement.
- Une copie certifiée du pouvoir d'agir du représentant personnel au nom du survivant (selon le cas). Si la copie certifiée du pouvoir d'agir a déjà été transmise à l'Administrateur et n'a pas été modifiée, il n'y a aucun besoin d'en transmettre une autre.
- Une déclaration signée et datée du survivant/représentant personnel à la section 6.
- La section 6 du témoin dûment remplie, datée et signée par le témoin.

**Veillez retourner le formulaire de demande dûment rempli
par la poste, par courrier électronique ou par télécopieur à :**

Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide
a/s Crawford – Services de recours collectifs
pièce 3-505, 133, rue Weber Nord
Waterloo (ON) N2J 3G9
tscp-pcst@crawco.ca; 1-888-842-1332

**Date limite pour présenter une demande dans le cadre du
FAME pour l'exercice financier 2019-2020 :
Reçue au plus tard le 31 mars 2020**