

Annexe F - Demande relatif à des besoins spéciaux

N° matricule	Nom	N° de carte UneFC
--------------	-----	-------------------

Nom du bénéficiaire :	
Date de naissance :	
Diagnostic :	

CATÉGORIE DE SOUTIEN (cochez la case appropriée)

Évaluation

*Jusqu'à 1000 \$ (le Fonds Appuyons nos troupes couvrira le reste du montant qui n'est pas remboursé par le RSSFP). Des exemples de documents justificatifs seraient un plan de traitement pour l'assureur ou des reçus/factures payés du fournisseur.

Autre

*Jusqu'à 1000 \$ avec les reçus ou des estimations. Cette catégorie comprend les appareils fonctionnels, services de relève, thérapie, déplacements médicaux (faible taux de kilométrage, repas modestes), médicaments sur ordonnance, etc. Ces articles/services doivent être appuyés d'un rapport, d'une lettre, ou d'une évaluation par le personnel médical.

VOICI LES CRITÈRES D'ÉVALUATION DES DEMANDES D'AIDE

1 - COMPOSITION DE LA FAMILLE

Quelle est la taille de votre famille (nombre de personnes)?	_____
Combien de membres de la famille ont des besoins spéciaux? (indiquez le nombre dans les cases appropriées)	
Adulte	<input type="text"/>
Enfant	<input type="text"/>

2 - ACCÈS À DES RESSOURCES LOCALE

Oui Non

Connaissez-vous les ressources locales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquelles avez-vous utilisées?			

Oui Non

Si oui, avez-vous obtenu le soutien dont vous aviez besoin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si non, de quelles ressources avez-vous besoin (y compris les évaluations)?			

Si non, quel est le temps d'attente prévu pour l'accès aux services locaux?	_____
Quel est votre plan d'action pour résoudre la question à l'avenir?	



3 – BESOINS COMPLEXES DE LA PERSONNE À CHARGE

Décrivez brièvement quelques-unes des difficultés éprouvées par la personne à charge (marcher, communiquer, se nourrir, etc.).

4 – COÛTS LIÉS À LA DEMANDE BESOINS SPÉCIAUX

Décrivez comment vous anticipez utiliser les fonds.

5 – EFFETS SUR LA FAMILLE

Quel sera l'effet de cette aide financière sur votre famille?

Comment cette aide influera-t-elle la qualité de vie de votre famille ?

6 – REVENU FAMILIAL

Quel est votre revenu familial brut? _____ \$

Les responsables du Fonds Appuyons Nos Troupes travaillent en étroite collaboration avec la Direction de la qualité de vie/Services aux familles des militaires (DQV/SFM). En apposant votre signature ci-dessous, vous autorisez l'échange de renseignements entre le Fonds Appuyons nos troupes et la DQV/SFM en vue de répondre à vos besoins particuliers, de coordonner les services de soutien à l'échelle locale, régionale et nationale et de mettre en place un ensemble de services de soutien.

Signature du candidat

Date

Lieu d'affectation actuel

Date prévue de la prochaine affectation

Lieu (si connu)

AUTRES RENSEIGNEMENTS À FOURNIR AVEC LA DEMANDE

Une attestation des besoins spéciaux de la personne à charge est requise sous forme de note d'un médecin, lettre du commandant ou lettre d'un agent d'aide (travailleur social, aumônier, etc.). La note ou la lettre doit inclure les coordonnées de la personne qui y appose sa signature. Toute référence provenant d'un membre de la famille ne sera pas acceptée.