



Les Directives Pour le Fond de Jour de Pluie

Afin d'être considéré comme bénéficiaire d'aide financière par le Fond de Jour de Pluie, veuillez lire et suivre les instructions suivantes avant de compléter et soumettre une application.

Notez que la soumission de la demande ne garantit pas l'aide financière:

- Il s'agit d'un programme d'aide financière pour les citoyens canadiens qui sont actuellement en traitement.
- Le transport se définit par les frais de stationnement, de taxi, de bus et de train. Veuillez fournir une preuve des reçus originaux et une liste de rendez-vous qui doivent correspondre à la date de réception. Veuillez-vous regarder à la section 3A.
- STTRF se réserve le droit de rembourser les frais de taxi, d'autobus, de train et de stationnement pour l'année en cours jusqu'à janvier de l'année suivant.
- Seulement le loyer et les services publics (chauffage, hydro et électricité) et le téléphone à domicile 30 jours en retard seront pris en considération. Veuillez vous reporter à la section 3B.
- Les téléphones cellulaires ne seront pas considérés à moins que ce soit le seul téléphone. Cela doit être énoncé dans le récit. Pour louer, Veuillez joindre une déclaration du propriétaire indiquant le totale impayé et le nombre de mois en retard. Pour les services publique, veuillez attachez une copie de la facture la plus récente et inclure la date et le montant impayer.
- Pour tous les services publics, veuillez joindre une copie de la facture la plus récente avec la date et le montant (en retard).
- Un maximum de \$1000.00 peut être considéré par famille, par année civile. Remarque: un minimum de 15,00 \$ peuvent être demandés.
- La date limite pour toute demande est le 15 de chaque mois, à moins que le quinzième de terres le week-end, la date limite sera être le vendredi.
- Toutes les demandes doivent inclure une lettre narrative du travailleur sociale, infirmière ou tout autre gestionnaire de cas. S'il vous plait inclure toutes les informations convaincantes qui, selon vous, peuvent aider l'application.

Veillez Noter:

- Toutes les informations sur les patients seront gardées confidentielles. Si le patient décide de partager son histoire, il donne son consentement à utiliser son histoire pour défendre les programmes du STTRF.
- STTRF ne communique pas directement avec les patients. Toutes les demandes doivent être adressées à votre travailleur social ou gestionnaire de cas.
- Nous n'assistons pas aux paiements par câble ou Internet, à l'hypothèque, aux paiements par carte de crédit, à l'assurance auto ou à domicile, de l'hôtellerie, du gaz ou des frais médicaux.
- Les chèques sont payables au propriétaire ou à la compagnie et envoyés directement au patient.
- Les clients approuver doivent mettre les cheques recus en argent comptant. STTRF reserves les droits d'annuler les cheques non mis en argent comptant. Veuillez informer votre travailleur sociaux des problemes compris des cheques approuver.
- L'adresse doit être clairement indiquée car nous ne sommes pas responsables des cartes d'épicerie perdues ou volées.
- Les demandes doivent être complétées dans leur intégralité pour être prises en considération.
- Veuillez prévoir jusqu'à deux semaines pour que le STTRF informe les travailleurs sociaux, l'infirmière ou le gestionnaire de cas. C'est la responsabilité des travailleurs sociaux de communiquer avec les patients et de conseiller le statut de la demande, qu'elle soit approuvée ou refusée.
- Veuillez soumettre une seule copie de la demande par courriel à program.services@shinethroughtherain.ca ou par télécopieur 905-477-4251



**Shine
Through
the Rain**
Foundation

Les Directives Pour le Fond de Jour de Pluie

S'il vous plaît écrivez lisiblement car ceci nous aidera dans la revue de la demande. Veuillez noter qu'une application au Fond de Jour de Pluie ne garantit pas un don financier.

Date Réçu : _____

Section 1: Information de la famille

Date: _____

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ Homme: Femme:

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Téléphone: (____) _____ Êtes-vous un citoyen canadien? _____

Courriel: _____

Sources de revenu **mensuel**: (S'il vous plaît écrivez le montant en dollars par mois)

Emploi: _____ Chômage: _____ Pensions alimentaires pour enfants: _____

Invalidité: _____ Bien-être social: _____ QPP: _____

OAS: _____ Autres: _____

Revenu Annuel total de la famille (y compris les coûts énumérés ci-dessus): _____

Le nombre de dépendants don't l'age est 18 ou moins : _____

Identify-tu comme première nations, métis ou inuit? __Non __Oui Si oui __status __Non status

Si oui, veuillez inclure une copie de ta carte de statut native. On va parfois avoir du financement additionnel et est demander d'avoir une preuve de statut native. Veuillez noter, les financiers ne vont pas être fournis de votre nom et ton information de contact.

USAGE INTERNE SEULEMENT:

Approuvé par: _____ Date: _____

Montant: _____ Payable à: _____

Montant: _____ Payable à: _____

Montant: _____ Payable à: _____

Montant disponible : _____ Montant restant pour cette année: _____

Date de Notification SW/N: _____ Par courriel: _____ Par téléphone: _____



Section 2: Information de santé Diagnostic

Diagnostic: _____ Date du diagnostic: _____

Es-vous en traitement ? Oui ___ Non ___ Date du dernier traitement : _____

Nom du médecin/oncologue: _____

Nom de l'établissement médicale: _____

Adresse: _____

Travailleur d'assistance sociale/Infirmière: _____ Fonction: _____

Téléphone: (____) _____ Télécopieur: (____) _____

Courriel: _____

Section 3: Demande de financement

Veuillez compléter Section 3A et/ou 3B :

Pour les frais de transport, veuillez remplir la section 3A. Pour le loyer, les services publics, le téléphone et l'épicerie, veuillez remplir la section 3B.

Section 3A: le transport

Pour tout les frais de transport, veuillez fournir tous les recus et tous les relevés de rendez-vous qui correspondent aux reçus originaux. Veuillez noter que nous ne remboursons pas le gas.

Cochez les cases qui s'appliquent: Parking Taxi Bus Train

Montant que vous demandez: \$ _____

Section 3B: Loyer, utilitaire et telephone

Pour le loyer, veuillez joindre une copie d'une lettre du propriétaire indiquant le solde impayé et le nombre de mois d'arriérés afin d'être pris en considération pour le financement. Pour les services publics comme l'électricité et l'hydroélectricité, veuillez fournir une copie de la facture indiquant la date et le solde impayé.

Veuillez sélectionner tout ceux qui s'appliquent: Loyer Utilitaire téléphone \$100 carte d'épicerie

S'il vous plait sélectionner la carte d'épicerie préférée:

- Sobeys carte d'épicerie peut employer: IGA, Foodland, Freshco., Lawtons Drugs, Thrift Foods & Needs
 President's Choice carte d'épicerie peut employer: Loblaws, Loblaw Great Food, Dominion, No Frills, Real Canadian Superstore, Maxi, Provigo, Extra Foods, Your Independent Grocer, Atlantic Superstore, Zehrs Markets, Valumart, Fortinos, and Shopper's Drugmart

Avez-vous des avis d'arrêt ou d'expulsion? Non Oui (Si oui, veuillez en fournir une copie.)



Les Directives Pour le Fond de Jour de Pluie

S'il vous plaît inscrivez la liste de chaque entreprise, le coût associé à ce projet de loi, et sa date d'échéance.

Payee: _____ Coût: _____ Date d'échéance: _____

Payee: _____ Coût: _____ Date d'échéance: _____

Payee: _____ Coût: _____ Date d'échéance: _____

Payee: _____ Coût: _____ Date d'échéance: _____

Montant total pour lequel vous postulez: \$ _____

Section 4: Frais Extérieurs

Si vous avez des concern des frais additional qui tombe en-dehors du general remit de ce fond (details en applications)

Veillez indiquer une dépense (si possible) et le montant dont vous avez besoin d'aide ce qui ne relève pas de nos lignes directrices actuelles.

Dépense: _____

Le Montant: _____

Section 5: Récit du travailleur d'assistance sociale, médecin ou d'une infirmière

Ajoutez un bref exposé décrivant la situation du patient et des besoins de sa famille. Cette information doit être écrite par le travailleur d'assistance sociale, médecin, ou par une infirmière. Veillez à inclure toute information supplémentaire, convaincante et pertinente.

- La situation medical du client.
- Le plan bref du traitement.
- L'impact financiers de la famille en circumstance
- L'access ou les essai d'acédez d'autre recourses .
- Les difficulter associer avecle professionnel existent et/ou responsabillite personel. Autre information pertinente ou obligatoire



**Shine
Through
the Rain**
Foundation

Les Directives Pour le Fond de Jour de Pluie

Section 6: Examinez et signez

J'ai examiné cette demande et, au mieux de ma connaissance, cette information est vraie.

Veillez noter: C'est la responsabilité du travailleur d'assistance sociale, ou du médecin, ou de l'infirmière d'informer le patient du statut de leur demande. STTRF ne contacterons pas le patient directement. Les travailleurs sociaux, les infirmières ou les médecins seront informés du statut de la demande du patient dans les deux semaines suivant la date limite (approuvé ou refusé).

Nom du patient (Veillez imprimer): _____

Signature du patient: _____ Date: _____

Nom du travailleur sociale/ médecin de la famille (Imprimez): _____

Votre signature: _____ Date: _____

Section 7: Formulaire de renonciation et de relâche de photographies

Pour fournir nos services le fond de jour de pluie depends des dons et la gentillesse des autres a nous aider a augmenter la conscience, et delivrer un programme effectif de support et developpement de notre portfolio des services pour ceux en besoin. Pour genere le support, notre communaute doivent comprendre la difference ils peuvent faire en faisant des dons et faire du benevolat avec leur temps de services. Nous demandons a nos applicants pour nous autoriser a partager leur histoire pour un exemple de comment notre organisation aide nos clients et leurs famille quand ils sont face a une situation dans leur vie qui peut affecte leur sante

Ce formulaire doit être rempli afin que la demande soit traitée comme étant complète.

S'il vous plaît cocher la case appropriée ci-dessous.

- J'autorise Shine Through the Rain Foundation d'utiliser mon histoire pour les programmes et les efforts de plaidoyer de STTRF.
- Je n'autorise pas Shine Through the Rain Foundation à utiliser mon histoire pour les programmes et les efforts de plaidoyer de STTRF.
- J'autorise Shine Through the Rain Foundation de me photographier (ou d'utiliser des photos de ma famille et moi) et j'accepte que ces photographies deviennent la propriété de la Fondation et seront utilisées exclusivement pour ses programmes et activités.

S'il vous plaît veuillez attacher ou envoyer votre photo à program.services@shinethroughtherain.ca

Signature du patient: _____ **Date:** _____