



## **Avant de soumettre une demande pour bourses de camp, veuillez noter le suivant :**

- Il n'y a aucune date limite pour les demandes. Les demandes sont considérées toute l'année.
- Seulement les demandes soumises sur ce formulaire seront considérées pour financement.
- Tous les candidats en considération doivent être sous l'âge de 18 ans.
- Les candidats doivent être patient en traitement active ou en remise d'une maladie potentiellement mortel, **OU**
- Les candidats peuvent être dépendant d'un parent/gardien en traitement active pour une maladie potentiellement mortel.
- Pendant la revue de la demande, la date de remise du candidat sera prise en considération pour le financement.
- Un maximum de 500\$ peut être approuvé pour chaque candidat, par année. Les bourses de camps peuvent être utilisées pour un camp au choix de l'applicant (Au Canada).
- Chaque candidat accepté recevra un sac-à-dos de camp gratuit.
- Toutes les demandes doivent être lisibles. Si non, l'application ne sera pas considérée.
- Les travailleurs sociaux ou infirmières seront contacter avec les résultats de demandes par courriel (approuver ou refuser).
- Les chèques seront payable à chaque camp et envoyé aux familles pour distribution et livraison.

**Section 1 :** Veuillez compléter la section d'information familiale, étant sûr de compléter toutes les questions, y compris la revenu familiale.

**Section 2 :** Veuillez compléter la section d'information de santé, étant sûr de compléter l'information de contact du professionnel de la santé (travailleur social, infirmière etc.) référant.

**Section 3 :** Veuillez compléter la section d'information du camp de l'application, étant sûr d'inclure le total du montant payable, le type de camp et le nom et adresse du camp.

**Section 4 :** Veuillez inclure une copie de la facture ou formulaire d'enregistrement. Si la copie n'est pas attachée, la demande ne sera pas considérée pour le financement.

**Section 5 :** Veuillez inclure une brève lettre du professionnel de santé, décrivant la situation du patient, l'impact pour le candidat, les besoins de la famille et autant d'information supplémentaire pour aider à supporter la demande.

**Section 6 :** Les demandes doivent être révisées, signées et la date inscrite par le parent/gardien et par le professionnel de santé.

Les demandes peuvent être soumises par poste, courriel, ou fax;

Attn: Bourses de Camp  
Shine Through The Rain Foundation  
1211 Gorham Street, Unit 12  
Newmarket, ON L3Y 8Y3  
Fax: 905.477.4251  
Courriel: [program.services@shinethroughtherain.ca](mailto:program.services@shinethroughtherain.ca)



**Section 1 : Information Familiale**

Nom du candidat : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe : Male \_\_\_\_\_ Femelle \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom des parent(s)/gardien(s) : \_\_\_\_\_

Total de revenu annuel familiale : \_\_\_\_\_

**Section 2 : Information Médicale**

Nom du patient (si different de ci dessus): \_\_\_\_\_ Relation au candidat : \_\_\_\_\_

Diagnostic: \_\_\_\_\_

Date du Diagnostic: \_\_\_\_\_ Date de Remission: \_\_\_\_\_

Nom du médecin/oncologue : \_\_\_\_\_

Hôpital/établissement du traitement: \_\_\_\_\_

Professionnel de santé référant: \_\_\_\_\_

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**USAGE INTERNE SEULEMENT**

Approuvé par: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Montant: \_\_\_\_\_ Payable Vers: \_\_\_\_\_

Montant Disponible: \_\_\_\_\_ Montant Restant pour l'Année: \_\_\_\_\_

Notifié TS / Infirmière le: \_\_\_\_\_ Par Courriel: \_\_\_\_\_ Par Téléphone: \_\_\_\_\_

Sac à Dos Envoyé: Oui: \_\_\_\_\_ Non: \_\_\_\_\_ Date Envoyé: \_\_\_\_\_



### Section 3: Information du Camp

Coût total: \_\_\_\_\_ Type de Camp: \_\_\_\_\_

Nom du Camp: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Date du Camp: \_\_\_\_\_

### Section 4: Copies de Facture de Camp

Veuillez attacher une copie de la facture de camp et/ou le formulaire d'enregistrement pour le camp choisi.

**NOTER: Ceci est le document qui est essentiel pour que la demande soit considéré.**

### Section 5 : Lettre Narrative

Veuillez attacher une brève lettre narrative venant du professionnel de santé, décrivant la situation du patient, l'impact pour le candidat de camp, les besoins de la famille et autant d'information supplémentaire possible pour l'appui de la demande.

### Section 6 : Revue et Signatures

En signant ci-dessous je confirme que j'ai révisé cette demande et je confirme que l'information est vraie et exacte.

Nom du Parent/Gardien : \_\_\_\_\_

Signature du Parent/Gardien : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nom du professionnel de santé: \_\_\_\_\_

Signature du professionnel: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_