



**Shine
Through
the Rain**
Foundation

Fonds pour Journée de Pluie

Afin d'être considéré comme bénéficiaire d'aide financière par le Fonds pour Journée de Pluie, veuillez lire et suivre les instructions suivantes avant de compléter et soumettre une application. Notez que la soumission d'une demande ne garantit pas l'aide financière.

Marches à Suivre:

- Ce programme s'agit d'aide financière pour les citoyens canadiens qui sont présentement en traitement.
- STTRF peut considérer le remboursement des frais de transport pour l'année courante jusqu'à janvier de l'année suivante. Le transport se définit par les frais de stationnement, de taxi, d'autobus et de train. Veuillez inclure une preuve des reçus originaux et une liste de rendez-vous correspondant à la date du reçu. **(Veuillez voir la section 3A)**
- 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 voir la section 3B)**
- Les téléphones cellulaires ne seront pas considérés à moins que ce soit le seul téléphone. Cela doit être énoncé dans la lettre narrative.
- Pour aide avec loyer, veuillez inclure une déclaration du propriétaire indiquant le totale non payé et le nombre de mois en retard.
- Pour les services publics, veuillez inclure une copie de la facture la plus récente avec la date et le montant impayé (en retard).
- Un maximum de \$1000.00 peut être considéré par famille, par année civile. NOTER: un minimum de 15,00 \$ peut être demander.
- La date limite pour toutes demandes est le 15^{ième} de chaque mois, à moins que celui-ci tombe pendant la fin de semaine. Dans ce cas, la date limite sera le vendredi précédent.
- Toutes les demandes doivent inclure une lettre narrative du travailleur social, infirmière ou tout autre chargé de dossiers. Vous êtes prié d'inclure toutes informations convaincantes qui, selon vous, peuvent aider votre demande.

Information Additionnelle à Noter:

- Toutes les informations de patients seront gardées confidentielles. Si le patient décide de partager son vécu, il donne son consentement à utiliser son vécu pour recommander les programmes de STTRF.
- STTRF ne communique pas directement avec les patients. Toutes les demandes doivent être adressées à votre travailleur social ou chargé de dossiers.
- Nous n'assistons pas aux paiements pour câble ou Internet, à l'hypothèque, aux paiements pour carte de crédit, à l'assurance d'auto ou de domicile, de l'hôtellerie, de l'essence ou des frais médicaux (incluant médicaments, appareils médicaux, frais de chirurgies, etc.).
- Les chèques sont payables au propriétaire ou à la compagnie et sont envoyés directement au patient.
- Les clients approuver doivent encaisser les chèques immédiatement. STTRF réserve les droits d'annuler les chèques non encaissés. Veuillez informer votre travailleur social de problèmes vis à vis des chèques approuver.
- L'adresse doit être clairement indiquée, nous ne sommes pas responsables pour les cartes d'épicerie perdues ou volées.
- Les applications doivent être complétées dans leur intégralité pour être prises en considération.
- Veuillez prévoir jusqu'à deux semaines pour que STTRF informe les travailleurs sociaux, infirmières ou chargé de dossiers. C'est leur responsabilité de communiquer avec les patients et de conseiller le statut de la demande, qu'elle soit approuvée ou refusée.
- Veuillez soumettre une demande à program.services@shinethroughtherain.ca ou par télécopieur 905-477-4251



**Shine
Through
the Rain**
Foundation

Fonds pour Journée de Pluie

S'il vous plaît écrivez lisiblement, cela nous aidera dans la revue de la demande.

Veillez Noter : Une application ne garantit pas l'aide financière.

USAGE INTERNE SEULEMENT

Date Reçu : _____

Section 1: Information Familiale

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____ Homme: Femme:

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

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

Courriel: _____

Sources de revenu **par mois**: (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 familiale (y compris les coûts énumérés ci-dessus): _____

Nombre de dépendants dont l'âge est 18 ou moins : _____

Identifiez-vous comme Première Nations, Métis ou Inuit? Non Oui **Si Oui :** Statuts Non-Statuts

Si oui, veuillez inclure une copie de carte de statuts. Nous recevons parfois du financement additionnel et sommes demander d'avoir preuve de statuts. Veuillez noter, les financières ne sont pas fournies votre information privée.

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 Diagnostic

Diagnostic: _____ Date du diagnostic: _____
 Êtes-vous en traitement courante? 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 :

Section 3A: Le Transport

Pour tous les frais de transport, veuillez fournir tous les recus et tous les enregistrements de rendez-vous qui correspondent aux recus originaux. Veuillez noter que nous ne remboursons pas l'essence.

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

Montant que vous demandez: \$ _____

Section 3B: Loyer, Services Publics et Téléphone

Pour le loyer, veuillez attacher une copie d'une lettre du propriétaire indiquant le montant non payé et le nombre de mois d'arriérés afin d'être pris en considération pour le financement. Pour les services publics comme l'hydro, le chauffage et l'électricité, veuillez fournir une copie de la facture indiquant la date et le montant non payé.

Veuillez indiqué tous ceux qui s'appliquent: Loyer S. Public téléphone \$100 carte épicerie

S'il vous plaît indiqué la carte d'épicerie préférée:

- Sobeys carte épicerie peut être utiliser à: IGA, Foodland, Freshco., Lawtons Drugs, Thrift Foods & Needs
- President's Choice carte épicerie peut être utiliser : 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 attacher une copie)

S'il vous plaît inscrivez la liste de chaque entreprise à qui le chèque serait payable, le coût associé, et la date d'échéance.

Vers: _____ Coût: _____ Date d'échéance: _____
 Vers: _____ Coût: _____ Date d'échéance: _____
 Vers: _____ Coût: _____ Date d'échéance: _____
 Vers: _____ Coût: _____ Date d'échéance: _____

Montant total pour lequel vous appliquez: \$ _____



Section 4: Frais Additionnels

Si vous avez des concerns des frais additionnels qui tombe en-dehors de notre mission générale, veuillez indiquer une dépense et montant dont vous avez besoin d'aide (si possible). Veuillez vous souvenir que sa ne garantit pas être approuver.

Dépense: _____

Le Montant: _____

Section 5: Documentation à l'Appui d'un Travailleur Social ou Chargé de Dossier

Ajoutez une brève lettre narrative 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 l'infirmière. Veuillez inclure toute information supplémentaire, convaincante et pertinente, comme :

- La situation médicale du patient
- Le plan bref du traitement
- L'impact financière de la famille en circonstance
- L'accès ou les essais d'accéder d'autre ressources
- Les difficultés associer avec les responsabilités existantes tant personnelles que professionnelles
- Autre information pertinente ou obligatoire

Section 6: Revue et Signatures

En signant ce document je confirme que j'ai examiné cette demande et, au mieux de ma connaissance, cette information est vraie.

Veuillez Noter: C'est la responsabilité du travailleur d'assistance sociale, médecin, ou l'infirmière d'informer le patient du statut de leur demande. STTRF ne contacterons pas le patient directement. Contacte se cera dans les deux semaines suivant la date limite (approuvé ou refusé).

Nom du patient: _____

Signature: _____ Date: _____

Nom du travailleur sociale, médecin, infirmière: _____

Signature: _____ Date: _____

Section 7: Dispense de Photo et Partage d'Information

Pour fournir nos services, comme le Fonds pour Journée de Pluie, nous dépendons des dons et la gentillesse des autres à nous aider à augmenter la conscience, délivrer un programme effectif de support, et développé notre portfolio de services pour ceux en besoin. Pour générer le support, notre communauté doit comprendre l'impact ils peuvent avoir en faisant des dons et du bénévolat avec leur temps de services. Nous demandons à nos patients de nous autoriser à partager leur vécu comme exemple de comment notre organisation aide nos clients et leurs familles quand ils font face à une situation dans leur vie qui peut influencer leur santé.



**Shine
Through
the Rain**
Foundation

Fonds pour Journée de Pluie

Cette section doit être remplie 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 promotion.
- J'autorise Shine Through the Rain Foundation d'utiliser des photos de ma famille et moi que j'ai fourni, et j'accepte que la Fondation conserve le droit d'utilisées ces photos exclusivement pour leur programmes, activités et promotions.
- Je n'autorise **pas** Shine Through the Rain Foundation à utiliser mon histoire ou mes photos pour leurs programmes et efforts de promotion.

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

Signature du patient: _____ Date: _____



****Vérifions que l'application est prête pour soumission****

Pour Toutes Demandes:

- Avez-vous rempli les détails du bénéficiaire complètement?
- Avez-vous inclus une lettre narrative écrite par votre travailleur d'assistance sociale ou infirmière qui décrit votre situation financière, médicale et vos besoins?
- Avez-vous assuré que le montant non payé pour lequel vous faites une demande est en arriéré depuis au moins 30 jours?

Aide Vers Loyer:

- Avez-vous inclus une copie d'une lettre écrite par votre propriétaire indiquant le montant de loyer non payé et le nombre de mois d'arriérés?
- Avez-vous inclus une copie d'avis d'expulsion si nécessaire?

Aide Vers Services Publics ou Téléphones:

- Pour services publics incluant hydro, chauffage, et électricité ou facture de téléphone; avez-vous inclus une copie des factures les **plus récentes** montrant la date et arriérés non payés?
- Es-ce que le nombre de compte est visible sur la copie de facture?
- Avez-vous inclus n'importe quel avertissement d'arrêt de services?

Quelques autre chose à retenir:

- Soumission d'une demande **ne garantit pas** l'acceptation.
- Nous n'assistons pas avec factures de câble, internet, hypothèque, carte de crédits, assurance de maison / d'auto, hôtel, essence, ou frais médicaux.
- Factures de téléphone cellulaire seront seulement considérées si votre lettre narrative explique que c'est votre **seule** téléphone.
- La diagnose doit être considérée une maladie potentiellement mortelle et traitement doit être **en cours**.
- La date limite pour faire demande est le 15ième du mois, mais nous suggérons d'appliquer le plus tôt possible dans le mois.