

*** Pour usage interne à Bourgeons en Éclat seulement ***

FINANCEMENT SANTÉ – DEMANDE DE BOURSE

Nom de l'enfant: _____ Date de naissance: _____
AAAA-MM-JJ

Information médicale de base

Diagnostic(s) (*annexe un document additionnel détaillant le(s) diagnostic(s)*) : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Numéro d'aide sociale* (s'il y a lieu) : _____ Date d'expiration : _____

* Ces informations nous permettent de mieux évaluer l'admissibilité de votre famille à nos services, ainsi que les besoins financiers de votre famille.

Cochez ici si vous avez fourni une copie de tous les rapports médicaux, éducatifs et scolaires des 12 derniers mois.

Noms des parents : _____
Mère _____ Père _____

Coordonnées de la mère (tutrice)	Coordonnées du père (tuteur)
Adresse : _____ N° Rue Ville Province Code postal Tél. : Domicile : _____ Bureau : _____ Cell. : _____ Adresse courriel : _____	Adresse: _____ N° Rue Ville Province Code postal Tél. : Domicile : _____ Bureau : _____ Cell. : _____ Adresse courriel : _____

SUBVENTION GOUVERNEMENTALE

(ex. CLSC, supplément pour enfant handicapé, etc.)

Non

Oui _____

Nom ou titre de la subvention

Précisez pour quel(s) service(s) la subvention est accordée.

SERVICE	MONTANT ACCORDÉ(\$)	MONTANT DÉJÀ UTILISÉ (\$)	DATE DE FIN DE LA SUBVENTION (si connue)
ABA, thérapie TSA ou TED			
Ergothérapie			
Orthophonie			
Physiothérapie			
Psychoéducation			
Psychologie			
Autre (ex. orthopédagogie, répit, matériel, etc.)			

AUTRE SUBVENTION:

(ex. Fondation pour les enfants le Choix du Président, Fondation Noël au printemps,etc.)

Non

Oui _____

Nom ou titre de la subvention

Précisez pour quel(s) service(s) la subvention est accordée.

SERVICE	MONTANT ACCORDÉ(\$)	MONTANT DÉJÀ UTILISÉ (\$)	DATE DE FIN DE LA SUBVENTION (si connue)
ABA, thérapie TSA ou TED			
Ergothérapie			
Orthophonie			
Physiothérapie			
Psychoéducation			
Psychologie			
Autre (ex. orthopédagogie, répit, matériel, etc.)			

ASSURANCE PRIVÉE MÉDICALE OU ASSURANCE SANTÉ

Non

Oui _____

Nom ou titre de la compagnie d'assurance

Précisez pour quel(s) service(s) l'assurance est accordée.

SERVICE	LIMITE par JOUR (\$)	LIMITE par VISITE (\$)	LIMITE par AN (\$)
ABA, thérapie TSA ou TED			
Ergothérapie			
Orthophonie			
Physiothérapie			
Psychoéducation			
Psychologie			
Autre (ex. orthopédagogie, répit, matériel, etc.)			

N.B. : Inscrivez sans objet (**S. O.**) s'il n'y a aucune couverture. Notez que **toutes les cases doivent être remplies** avant que votre demande soit traitée.

Nom(s) de(s) parent(s) assuré(s) : _____

Numéro de la police d'assurance : _____

Nom du groupe (s'il y a lieu) : _____

Autres informations pertinentes : _____

AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

Non

Oui _____

Description des autres sources de financement

SALAIRE COMBINÉ DE LA FAMILLE

Dans la dernière année d'impôt, quel était le salaire combiné déclaré* de votre famille? _____ \$

**: Le salaire combiné signifie l'addition de revenue gagné par toute(s) personne(s) habitant dans le domicile de l'enfant.

AUTRES COMMENTAIRES OU INFORMATIONS JUSTIFICATIVES

Quelles sont les raisons principales pour lesquelles votre enfant et votre famille devraient recevoir une bourse ou de l'aide financière? Par exemple, dites depuis combien de temps vous attendez d'avoir droit à une thérapie ou à une intervention du secteur public, ou combien de temps vous devrez attendre. Annexez une feuille supplémentaire si plus d'espace est nécessaire.

Sans l'aide de notre organisme, précisez **le délai d'attente**, en nombre de mois, auquel votre enfant **devrait faire face** pour chacun des services suivants (indiquez **S. O.** pour tout service que votre enfant **n'attend pas**) :

- ABA, traitement TSA ou TED _____
- Ergothérapie _____
- Orthophonie _____
- Physiothérapie _____
- Psychoéducation _____
- Psychologie _____
- Orthopédagogie _____
- Autre (nommez-le) _____

NB : Notez que **toutes les lignes doivent être remplies** avant que votre demande soit traitée.

Deux options s'offrent à vous (cochez UNE SEULE case):

- 1 - Demande d'ouverture de dossier à seulement 49 \$;
- 2 - Demande d'ouverture de dossier et adhésion de membre (incluant le droit de vote à l'assemblée générale annuelle, Le privilège de voir le bilan financier et de recevoir des nouvelles avant le grand public). Une cotisation annuelle Supplémentaire de 1 \$ est demandée, ce qui totalise 50 \$.

Notez que la demande d'ouverture de dossier comprend **l'accès à un service spécialisé gratuit**. Pour toute demande d'accès à plus d'un service spécialisé, des frais de 29\$ par service peuvent s'ajouter. Vous pouvez ajouter une demande d'accès à un service spécialisé en tout temps.

Veuillez passer à la dernière page de signature.

À titre de parent ou de tuteur de _____,
(nom de l'enfant en lettres moulées)

je demande à l'organisme à but non lucratif Bourgeons en Éclat d'offrir à mon enfant **l'accès à un service spécialisé**. J'accepte donc de payer les frais précédemment décrits, soit un total de **49\$ ou de 50\$**, selon l'option choisie.

Je comprends que ma demande d'ouverture de dossier inclut **l'accès à un service spécialisé gratuit** et que je devrai débourser des frais de 29 \$ par service spécialisé supplémentaire. Ainsi, si je demande l'accès à deux services spécialisés, par exemple à l'ergothérapie et à l'orthophonie, j'accepte de payer 29\$ de plus.

Nom en lettres moulées et signature de la **mère (tutrice)**

Date

Nom en lettres moulées et signature du **père (tuteur)**

Date

N.B. : L'autorisation écrite et la signature des deux parents ou tuteurs sont requises pour traiter votre demande.

Veuillez retourner le questionnaire original rempli (**les copies ne seront pas acceptées**), accompagné des autres éléments mentionnés dans le formulaire « Questionnaire nouvelle famille », à :

A/s Abby Kleinberg-Bassel pour Bourgeons en Éclat
5250, rue Ferrier, suite 801
Montréal (Québec) H4P 1L4

Merci.

Nous créons un **Canada** où chaque famille vivant avec des besoins particuliers reçoit de l'aide dès aujourd'hui, depuis 2011.

Un départ gagnant pour chaque famille ©