

Formulaire d'inscription

Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants (PRDDV)

Ce formulaire doit être rempli en lettres majuscules par le demandeur.

Je, soussigné, comprend qu'en m'inscrivant au Programme de remboursement de dépenses des donneurs vivants auprès de Transplant Québec, je dois fournir certains renseignements, incluant ce qui suit:

Nom : _____

Prénom: _____

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : _____ - _____ - _____
aaaa mm jj

Numéro d'assurance maladie : _____

Adresse : _____
(Numéro et rue)

(Ville, Province, État)

(Pays)

(Code postal)

Numéro de téléphone: _____

Adresse courriel : _____

Centre de transplantation : _____

Rein Foie

Pour communiquer avec vous, vous préférez : Par téléphone

Par la poste

Par courriel

Si vous résidez à l'extérieur du Canada :

Numéro de passeport : _____

Pays émetteur : _____

Etes-vous admissible à recevoir de l'aide financière du programme québécois *Frais remboursables* aux malades devant se déplacer *pour recevoir des soins et des services de santé non disponibles dans leur région* ou du programme *Gratuité du transport pour les autochtones* devant se déplacer pour recevoir des soins de santé non disponibles dans leur région ?

Oui Non

Si oui, avez-vous fait les démarches nécessaires pour obtenir cette aide ?

Oui Non

Si oui, avez-vous inclus le formulaire *Consentement pour échange de renseignements personnels* dans le cadre de programmes *québécois de subventions* dûment rempli ?

Oui Non

Avez-vous déjà demandé une aide financière au *Programme de remboursement de dépenses aux donneurs vivants* ?

Oui Non

Si oui, en quelle année ? _____

Demandez-vous l'indemnité de perte de revenus ?

Oui Non

Si oui, avez-vous inclus les formulaires *Déclaration de perte de revenus* et *Attestation de perte de revenus* dûment remplis ?

Oui Non

Je, _____, soussigné, déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont
(Lettres majuscules)

exacts et complets. Je comprends que les informations demandées dans le Formulaire d'inscription seront utilisées dans le seul but d'établir mon admissibilité au Programme de remboursement des dépenses aux *donneurs vivants*. Je comprends également que Transplant Québec peut utiliser ces informations pour fins de statistiques et de gestion du Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants. Aucune information nominative permettant de m'identifier ne sera utilisée à d'autres fins que celles du programme.

Optionnel

L'information suivante est utilisée pour fin d'analyse statistique seulement. Cette information n'est pas liée aux renseignements permettant de vous identifier. Vos réponses demeureront confidentielles.

Êtes-vous apparenté au receveur de votre organe ?

Oui Non

Êtes-vous un donneur anonyme ?

Oui Non

Êtes-vous inscrit au Registre canadien de donneurs vivants jumelés par échange de bénéficiaires ?

Oui Non

(Signature du demandeur)

____ - ____ - ____
aaaa mm jj