

FONDATION



LA PETITE SIRÈNE

DIRECTIVES POUR UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE (adulte)

La Fondation la petite sirène a pour mission d'alléger la tarification émise par les services ambulanciers lors d'un transport d'urgence et d'apporter un soutien financier aux familles qui n'ont pas les ressources suffisantes leur permettant de couvrir la totalité des frais associés à ce dernier après avoir fait appel au 9-1-1.

Son objectif est de donner l'opportunité à tous les québécois d'avoir recours au transport ambulancier sans se soucier de la future facture liée au transport d'urgence. Elle apporte ainsi un soutien et une tranquillité d'esprit aux familles afin de s'assurer que ces dernières n'hésiteront pas à prendre la bonne décision et à retenir les services d'urgence lorsque nécessaire, malgré toute considération monétaire afférente.

Ci-dessous, vous retrouverez les conditions de sélection ainsi que la documentation requise pour mener à bien votre demande d'aide financière auprès de la Fondation la petite sirène.

Liste de vérification des documents requis pour une demande d'aide financière

- Compléter le formulaire de demande financière ;
- Fournir une copie de votre dernier avis de cotisation émis par Revenu Québec confirmant, pour un parent seul, un revenu brut inférieur à 17 500\$ et, pour un couple, un revenu brut cumulatif inférieur à 35 000\$;
- Fournir une copie de votre dernier avis de cotisation émis par l'Agence du revenu du Canada (ARC) confirmant, pour un parent seul, un revenu brut inférieur à 17 500\$ et, pour un couple, un revenu brut cumulatif inférieur à 35 000\$;
- Fournir une copie de tous les documents remis par l'entreprise ambulancière suite au transport en ambulance, y compris copie de la facture ;
- Fournir toute autre documentation que vous jugez pertinente pour le traitement de votre demande ;

Veillez nous faire parvenir le formulaire ci-joint dûment rempli et les documents requis pour votre demande, par la poste, à l'adresse suivante :

**931, rue des Frères-Paré
Sainte-Marie-de-Beauce (Québec)
G6E 0J8**

Prière de conserver une photocopie du formulaire et de tous les documents joints pour vos dossiers.

Avant de compléter le formulaire ci-joint, veuillez vérifier votre admissibilité au soutien offert par la Fondation la petite sirène, laquelle, bien qu'elle souhaite pouvoir aider le plus grand nombre de familles québécoises, doit déterminer et fixer certaines limites considérant ses ressources limitées.

ADMISSIBILITÉ

Critère d'admissibilité

Pour être admissible au programme d'aide, toutes les conditions ci-dessous doivent s'appliquer à la situation. La fondation vient en aide aux enfants. Dans un souci d'aide philanthropique nous tenons toute même recevoir et prendre le temps d'analyser vos besoins. Par contre, il ne faut pas oublier que la mission de la Fondation est d'aider les enfants. Merci de comprendre que votre demande ne répond pas à tous nos critères d'admissibilités :

- être âgé de **moins de 14 ans** au moment du transport ambulancier ;
- être un citoyen(ne) canadien(ne) ;
- être un résident(e) permanent(e) du Canada ;
- avoir bénéficié d'un transport ambulancier à l'intérieur de la province de Québec¹ ;
- le parent ou les parents de l'enfant faisant la demande ne sont pas prestataires de l'aide financière de dernier recours² ;
- dans le cas d'un parent vivant seul, celui-ci doit avoir perçu un revenu brut inférieur à **17 500\$** au cours de la dernière année d'imposition;
- dans le cas d'un parent vivant avec un(e) conjoint(e), ceux-ci doivent avoir perçu un revenu brut cumulatif d'au plus **35 000\$** au cours de la dernière année d'imposition ;

Par ailleurs, si l'une ou l'autre des situations suivantes s'appliquent, AUCUN soutien financier ne pourra être accordé:

1. L'adulte est :

- Titulaire ou bénéficiaire d'une assurance couvrant les frais de transport ambulancier ;
- Être un ancien combattant, lorsque le transport est en lien avec ce statut ;
- Être un membre des Forces armées canadiennes, si le transport est en lien avec ce statut ;

2. L'adulte demandeur est :

- Un nouveau ressortissant étranger ;
- Un parent autochtone inscrit au Registre des indiens ;

¹ Malheureusement, une personne qui aurait eu recours à un transport préhospitalier à l'extérieur de la province de Québec n'est pas admissible aux fins des présentes.

² Si le ou les parents reçoivent des prestations d'aide de dernier recours, communément appelé « aide sociale », l'enfant n'est malheureusement pas admissible aux fins des présentes.

3. Le transport ambulancier :

- Découle d'un accident de la route³ ;
- Etait un transport inter-hospitalier ;
- Avait pour objectif de se rendre à un rendez-vous médical ou tout autre objet qu'un déplacement jugé adéquat, soit dans les cas où l'enfant faisant l'objet de la demande doit être transporté d'urgence et que le transport ambulancier est nécessaire ;
- Etait forcé en vertu de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ, c. P-38.001 ;

Veillez prendre note que cette liste peut être modifiée à tout moment sans préavis.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous par courriel au info@fondationlapetitesirene.ca, par facebook à l'adresse [facebook.com/FondationLaPetiteSirene](https://www.facebook.com/FondationLaPetiteSirene) ou par téléphone au **1 (888) 845-0911**.

³ La *Loi sur l'assurance automobile*, RLRQ, c. A-25 donne déjà droit au remboursement des frais paramédicaux découlant d'un accident de la route.

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE (adulte)

Pour quelle raison avez-vous fait appel à une ambulance? _____

Date du transport ambulancier : _____ Lieu de l'intervention des paramédicaux (ville) : _____

Lieu de votre prise en charge (hôpital) : _____ Date: _____

Renseignements sur le bénéficiaire

Nom de l'adulte: _____ Date de naissance : _____
PRÉNOM NOM ANNÉE/MOIS/JOUR

Adresse principale : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone maison: _____ Téléphone du conjoint ou de la conjointe : _____

Renseignements sur le parent / demandeur

Nom de l'enfant : _____ Lien avec l'enfant (s): _____
PRÉNOM NOM Revenu brut : _____ \$

Statut civil : Marié(e) Divorcé(e)/séparé(e) Union de fait Veuf (veuve) Célibataire

Nombre d'enfants à charge : _____ Adresse courriel : _____

Téléphone à la maison : _____ Téléphone au travail : _____

Conjoint(e) de fait (s'il y a lieu) : _____ Lien avec l'enfant : _____
PRÉNOM NOM Revenu brut : _____ \$

Nombre d'enfants à charge : _____ Adresse courriel : _____

Téléphone à la maison : _____ Téléphone au travail : _____

Renseignements sur le ménage

Inscrire le nom, l'âge, le lien de parenté et le revenu brut de toutes les personnes qui résident avec vous de façon permanente.

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu brut : _____ \$

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu brut : _____ \$

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu brut : _____ \$

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu brut : _____ \$

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu brut : _____ \$

Dossier(s) antérieur(s)

Est-ce que vous ou un des membres de votre ménage a déjà eu recours aux services de financement de la Fondation La Petite Sirène dans le passé? Oui Non

Si oui, remplir la présente section.

Nom de la personne ayant reçu l'aide financière : _____
NOM DE LA PREMIÈRE PERSONNE

Année de la demande : _____ Montant reçu : _____ \$
ANNÉE/MOIS/JOUR

Nom de la personne ayant reçu l'aide financière : _____
NOM DE LA DEUXIÈME PERSONNE (S'IL Y A LIEU)

Année de la demande : _____ Montant reçu : _____ \$
ANNÉE/MOIS/JOUR

Nom de la personne ayant reçu l'aide financière : _____
NOM DE LA TROISIÈME PERSONNE (S'IL Y A LIEU)

Année de la demande : _____ Montant reçu : _____ \$
ANNÉE/MOIS/JOUR

Informations financières

Selon vous, quel pourcentage du budget mensuel total de votre ménage la facture du transport ambulancier occupe-t-elle?
 _____ %

Quel est le revenu net mensuel total de votre ménage? _____ \$ De ce budget, quelle somme d'argent est attribuée mensuellement à :

Nourriture : _____ \$ Vêtement : _____ \$ Loyer : _____ \$ Éducation : _____ \$ Loisir : _____ \$

Transport : _____ \$ Assurances : _____ \$ Médicaments : _____ \$ Électricité : _____ \$

Internet : _____ \$

Autres dépenses : _____

Selon vous, quel montant pourrait vous aider concrètement dans votre budget mensuel ? _____ \$

Expliquez : _____

Où avez-vous entendu parler pour la première fois de la Fondation la Petite Sirène?

Internet Télévision Radio Dépliant Le service de facturation ambulancière Paramédics Ami

Autre : _____

Veillez joindre cette page à votre demande d'aide financière

Divulgateion des renseignements

J'accepte que la Fondation La Petite Sirène :

- Communique avec le service ambulancier qui a effectué le transport d'urgence afin de recueillir de plus amples renseignements sur les services administrés en lien avec la présente demande, au besoin ;
- Mène une enquête et fournisse de l'information pertinente afin de confirmer ou clarifier les renseignements soumis, traiter ou étudier dans la présente demande ;
- Utilise ou divulgue le prénom de l'enfant et le montant de la subvention octroyée à des fins de sensibilisation de la population face à la Fondation La Petite Sirène ;
- Communique avec moi pour :
 - Obtenir mes commentaires sur les subventions reçues de la Fondation la petite sirène ;
 - Me demander mon opinion sur les services ou les politiques de la Fondation la petite sirène ;
 - Me demander de contribuer à la Fondation la petite sirène ;
- Transmette toute information sur ma demande à d'autres parties pour les raisons mentionnées ci-haut.

Renonciation

J'exonère la Fondation la petite sirène et ses employés pour tous frais à l'égard de toutes réclamations, demandes, actions, poursuites ou autre procédure de quelque nature que ce soit, que quiconque a subis, soulevés ou intentés de quelque manière que ce soit, en relation avec cette demande ou occasionnés par celle-ci. J'exonère de la même façon la Fondation la petite sirène, sans limiter la portée de ce qui précède, de toute responsabilité résultant de ou attribuable à un acte de négligence, une omission ou découlant d'une faute intentionnelle ou d'une conduite insouciante d'un employé de la Fondation la petite sirène, ou de la Fondation elle-même.

La Fondation la petite sirène agit comme bailleurs de fonds et, à ce titre, n'a aucun rôle quant aux services fournis par quelconque entreprise de soins préhospitaliers d'urgence ni dans la relation entre le patient et les paramédics travaillant à celle-ci.

Certification

Je, soussigné(e) _____ reconnait avoir lu et compris les directives pour soumettre une demande d'aide financière auprès de la Fondation la petite sirène et certifie que les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques, précis et complets au meilleur de ma connaissance. Je reconnais également n'avoir reçu aucun autre montant compensatoire pour le transport ambulancier dont il est question dans la présente.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Afin de faciliter le travail de la Fondation, veuillez vous assurer de bien réviser les informations fournies dans la présente et d'y joindre la documentation telle que requise en page 1.

Politique de confidentialité

La Fondation la petite sirène s'engage à protéger le respect de la vie privée et la confidentialité des renseignements personnels recueillis par la Fondation elle-même, ses employés, ses donateurs, ses clients et ses bénévoles. Toute communication de renseignements fournis dans la présente le sera en se fondant sur le fait que le destinataire en respecte la confidentialité et la Fondation la petite sirène ne sera pas tenue responsable des faits et gestes dudit destinataire. Pour tous les détails sur notre politique de confidentialité veuillez communiquer avec nous.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous par courriel au info@fondationlapetitesirene.ca, par facebook à l'adresse [facebook.com/FondationLaPetiteSirene](https://www.facebook.com/FondationLaPetiteSirene) ou par téléphone au 1 (888) 845-0911.