

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOUTIEN

### Programme de soutien à la clientèle atteinte d'une lésion médullaire

Pour connaître les critères d'admissibilité, les montants pouvant être octroyés, les modalités ou pour toutes autres informations concernant ce programme, veuillez consulter le document «Critères d'admissibilité du programme» sur notre site internet au <https://www.moelleepiniere.com/programme-de-soutien> ou demandez une copie à notre bureau de MÉMO-Qc à Montréal en composant sans-frais 1 877 341-7272.

Veuillez prendre note que les informations demandées seront strictement utilisées à l'analyse de la demande et que toute information s'y trouvant est de nature confidentielle.

Veuillez remplir le questionnaire et le retourner soit par courriel ([fondation@moelleepiniere.com](mailto:fondation@moelleepiniere.com)), par télécopieur (514 341-8884) ou par la poste : 6020, rue Jean-Talon Est, bureau 400, Montréal (QC) H1S 3B1.

#### Partie A :

Nom et prénom du demandant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No de téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Si la demande est faite pour une autre personne que celle qui est directement concernée, veuillez remplir la partie B. Si ce n'est pas le cas, veuillez passer à la partie C.

#### Partie B :

Nom et prénom du bénéficiaire \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No de téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

#### Partie C :

Sexe masculin \_\_\_\_\_ féminin \_\_\_\_\_ Numéro de membre MÉMO-Qc \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Si vous êtes né à l'extérieur du Québec, depuis quand résidez-vous au Québec? \_\_\_\_\_

Date de l'accident ou du diagnostic de la lésion médullaire \_\_\_\_\_

Niveau de lésion : Paraplégique (complet ou incomplet) \_\_\_\_\_

Tétraplégique (complet ou incomplet) \_\_\_\_\_

Déplacement : Fauteuil manuel\_\_\_ Fauteuil motorisé \_\_\_

Avez-vous un agent payeur? OUI\_\_\_NON \_\_\_ Si oui, lequel? (SAAQ, CNESST, IVAC, AUTRE)

**Partie D :**

Dites-nous en quelques lignes la problématique à laquelle vous (ou la personne pour qui vous faites la demande) êtes confrontée et pourquoi vous (ou la personne pour qui vous faites la demande) avez besoin de soutien dans le cadre d'un programme comme celui-ci?

---

---

---

---

---

**Partie E :**

Montant demandé : \_\_\_\_\_

À quoi servira la somme demandée?

---

---

---

---

---

**Partie F :**

Veillez inscrire toute(s) information(s) pertinente(s) complémentaire(s) et annexer toute(s) pièce(s) justificative(s) à la présente demande en indiquant le type de document(s).

---

---

---

---

---

Je déclare par la présente que je ne dispose pas de moyens financiers nécessaires pour assumer les dépenses reliées à ma demande. Je certifie que les renseignements fournis sont véridiques.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandant

\_\_\_\_\_  
Date de la demande