



## Programme de soutien pour les personnes atteintes d'ataxie familiale

### Formulaire d'inscription

Ataxie Canada a créé un programme de soutien pour les personnes atteintes d'ataxie familiale. Une multitude de demandes seront analysées et réalisées chaque année, et ce à travers le Canada. Les inscriptions seront acceptées durant les deux prochains mois. Pour chaque demande de soutien accepté, la fondation égalisera jusqu'à 50 % de l'argent recueilli par les donateurs et remettra un maximum de 2500 \$. Le temps alloué à chacun des projets sera d'une durée maximale de deux mois. Lorsque 80 % de la somme collectée sera atteinte, nous mettrons fin à ce dossier deux semaines plus tard. Par contre, si l'objectif fixé est dépassé, les dons excédentaires seront ajoutés aux fonds de services pour contribuer davantage à d'autres demandes. De même, nous considérons la probabilité d'approuver de petits projets de 500 \$ ou moins et de les couvrir entièrement.

Une seule demande pourra être déposée annuellement.

L'inscription doit être remplie et retournée avant : **31 Mai 2019**

**DES INSCRIPTIONS COMPLÈTES AIDERONT À ACCÉLÉRER LE PROCESSUS**

#### 1. Les demandes seront traitées lorsque toutes les informations suivantes auront été fournies:

	Votre formulaire de demande rempli
	Soumission
	Photos

#### 2. Autre financement:

Coût du projet: \_\_\_\_\_

Financement par les assurances: Oui    Non    Si oui, montant reçu: \_\_\_\_\_

Financement du gouvernement: Oui    Non    Si oui, montant reçu: \_\_\_\_\_

Autre financement: Oui    Non    Si oui, montant reçu: \_\_\_\_\_

Coût restant: \_\_\_\_\_

Veillez noter qu'Ataxie Canada a du personnel disponible pour vous aider à tout moment, répondre aux questions et vous apporter le soutien nécessaire. Veuillez composer le 514 321-8684 ou le numéro sans frais 1 855 321-8684.

#### 3. Représentant du demandeur (si le formulaire n'a pas été rempli par le demandeur):

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Relation avec le demandeur: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

#### 4. Informations du demandeurs

Nom: _____	Prenom: _____	
Date de naissance: (YYYY-MM-DD) _____		
Adresse: _____	App.: _____	
Ville _____	Province: _____	Code Postal : _____
Téléphone _____	Poste: _____	
Courriel: _____		
Motivation (ou joindre une copie de la lettre): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

#### 5. Professionnel de santé:

Nom: _____	Prénom: _____
Téléphone: _____	Poste: _____
Fax: _____	
Occupation: _____	Lieu de travail: _____
Adresse de travail: _____	
Courriel: _____	
Recommandation (ou joindre une copie de la lettre): _____ _____ _____ _____ _____	

#### 6. Conditions:

En signant ce formulaire, vous permettez à Ataxie Canada d'utiliser vos informations (photo, nom et lettre de motivation uniquement) sur sa plateforme de collecte de fonds.  
En signant ce formulaire, vous comprenez qu'Ataxia Canada n'a aucune responsabilité vis-à-vis de l'équipement ou du service demandé et n'est pas un spécialiste des soins de santé.  
Vous comprenez qu'Ataxie Canada ne peut pas prendre en charge tous les projets, mais ils seront tous évalués et considérés équitablement.

Nom: _____	
Signature: _____	Date: (AAAA-JJ-MM) _____
Nom du représentant: _____	
Signature: _____	Date: (AAAA-JJ-MM) _____