

Programme de financement des pompes à insuline de l'Î.-P.-É.

Formulaire d'évaluation de la contribution familiale et de consentement à la divulgation de renseignements

La présente demande vise – veuillez cocher toutes les cases pertinentes :					
<input type="checkbox"/> Nouvelle pompe OU		<input type="checkbox"/> Pompe de remplacement (pompe actuelle n'est plus sous garantie)		<input type="checkbox"/> Fournitures connexes	
Renseignements sur l'enfant ou le jeune ayant besoin d'une pompe à insuline ou de fournitures connexes (en lettres moulées)					
Nom de famille		Prénom		Initiale	
N° de la carte santé		Date de naissance		Sexe (M/F)	
Adresse (pour l'envoi des fournitures)					
N° et rue				App.	
Ville			Province		Code postal
Tél. (rés.) ()		Cell.		()	
L'enfant ou le jeune vit : <input type="checkbox"/> Avec sa mère <input type="checkbox"/> Avec son père <input type="checkbox"/> Avec ses deux parents <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)					
Renseignements sur le ménage auquel sera envoyée la correspondance sur le programme (en lettres moulées) Si l'enfant ou le jeune a 18 ans au moment de la demande, veuillez lire la déclaration à la fin de la dernière page.					
Parent ou tuteur légal de l'enfant ou du jeune susnommé					
Veuillez cocher cette case si vous avez 18 ans et remplissez cette demande en votre nom. Passez à la section suivante.					<input type="checkbox"/>
Nom de famille		Prénom		Initiale	
Conjoint/partenaire (du parent ou tuteur légal)					
Nom de famille		Prénom		Initiale	
Adresse <input type="checkbox"/> Identique à celle ci-dessus					
N° et rue				App.	
Ville			Province		Code postal
Téléphone <input type="checkbox"/> Identique à celui ci-dessus		Tél. (rés.) ()			
Cell. ()		Tél. (trav.) ()			
Votre conjoint/partenaire ou vous avez...					
Un régime d'assurance-maladie privé couvrant une partie ou la totalité du coût de la pompe à insuline?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Un régime d'assurance-maladie privé couvrant une partie ou la totalité du coût des fournitures connexes?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez coché « oui » ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants :					
Nom de la compagnie d'assurance					
Nom de l'employeur		Numéro de régime			
Modalités de la couverture (p. ex. 80 % des coûts de la pompe à insuline et des fournitures)					
Si plus d'un régime couvre l'enfant ou le jeune, veuillez fournir des renseignements sur le régime supplémentaire.					
Nom de la compagnie d'assurance					
Nom de l'employeur		Numéro de régime			
Modalités de la couverture					
Veuillez accompagner la demande d'une <u>copie certifiée conforme</u> de votre plus récente déclaration de revenus auprès de l'Agence du revenu du Canada (ARC) à l'adresse ci-dessous. Dans le cas d'un « revenu familial », prière d'inclure les deux déclarations de revenus du ménage. (Remarque : L'avis de cotisation de l'ARC n'est pas suffisant. La déclaration de revenus complète, <u>certifiée par l'ARC</u> , est requise. Veuillez appeler au 1-800-959-8281 pour obtenir une copie certifiée.)					
Prière d'envoyer la demande remplie au : Programme de financement des pompes à insuline de Santé Î.-P.-É. Centre de santé de Montague 407, av. MacIntyre Montague (Î.-P.-É.) COA 1R0 Tél. : 902-838-0787 Téléc. : 902-838-0986					

La *Freedom of Information and Protection of Privacy (FOIPP) Act* de l'Î.-P.-É. (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée) régit la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus dans le présent formulaire. Si vous avez des questions au sujet de la collecte de vos renseignements personnels, n'hésitez pas à communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée de Santé Î.-P.-É. au 902-368-4942.

Déclaration et consentement

Je soussigné déclare, ou nous soussignés déclarons, que les renseignements fournis dans cette demande sont, à ma ou notre connaissance, vrais et exacts.

Je soussigné comprends, ou nous soussignés comprenons, que le refus de fournir des renseignements ou le fait de fournir sciemment des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction en vertu de la *Drug Cost Assistance Act* (loi sur l'aide à l'achat des médicaments).

Aux fins de vérification de l'admissibilité au programme, j'autorise, ou nous autorisons, Santé Î.-P.-É. à obtenir des renseignements auprès :

- de mon ou notre employeur, de mon ou notre assureur ou de l'administrateur de mon ou notre régime concernant la couverture de l'assurance privée;
- du régime provincial d'assurance-maladie (le régime) concernant mon ou notre admissibilité aux services de santé et la divulgation du numéro de ma ou notre carte santé.

Je soussigné accepte, ou nous soussignés acceptons, d'informer Santé Î.-P.-É. de tout changement touchant le revenu du ménage, la couverture de l'assurance ou tout autre facteur susceptible d'influer sur mon ou notre admissibilité ou degré de couverture.

Par la présente, je soussigné consens, ou nous soussignés consentons, à la divulgation par l'ARC des renseignements touchant mes ou nos revenus et dépenses ainsi que mon ou notre identité qui proviendraient des déclarations de revenus ou d'autres sources, ou à la diffusion de copies d'avis de cotisation ou de nouvelle cotisation ou de relevés (p. ex. T2202A, T3, T4 et T5) produits auprès de l'ARC. Les renseignements pertinents serviront uniquement à l'évaluation et à la vérification de mon ou notre admissibilité et de mon ou notre droit de recevoir de l'aide, ainsi qu'au recouvrement des paiements en trop aux termes de la *Drug Cost Assistance Act* mentionnée ci-dessus.

Cette autorisation est valide pour l'année d'imposition précédant immédiatement la date de la présente demande d'aide en vertu de la *Drug Cost Assistance Act* mentionnée ci-dessus.

Nom du requérant	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
Nom du requérant	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
Nom du jeune de 18 ans	Signature du jeune	Date (AAAA/MM/JJ)
<ul style="list-style-type: none">• J'atteste, ou nous attestons, en signant ci-dessus, du caractère exact et complet des renseignements indiqués dans ce formulaire et dans tout document joint, notamment quant à l'état de mon ou notre ménage.• Je comprends, ou nous comprenons, qu'une fausse déclaration constitue une fraude et peut entraîner le recouvrement des prestations versées.• Je reconnais, ou nous reconnaissons, l'obligation de signaler tout changement aux renseignements fournis dans les 30 jours suivant leur entrée en vigueur.		

Nom de l'enfant ou du jeune		N° de la carte santé	
CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
<p>Des renseignements personnels devront être divulgués à des partenaires clés dans le cadre du processus opérationnel régissant la mise en œuvre du Programme de financement des pompes à insuline en vue d'en assurer l'amélioration constante. Les renseignements personnels relatifs à votre enfant et à votre famille ne seront utilisés et divulgués qu'aux fins suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation, la vérification et l'approbation de votre admissibilité au programme; • l'administration, la surveillance et l'évaluation du programme; • les communications entre le fournisseur, Santé Î.-P.-É. et le requérant. <p>Les partenaires comprennent le bureau administratif du Programme de financement des pompes à insuline de Santé Î.-P.-É., le fournisseur de pompes choisi et ses sous-traitants approuvés, les employés de Santé Î.-P.-É. et les responsables du Programme provincial sur le diabète en vue d'assurer une administration, une surveillance et une évaluation équitables. La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels relatifs à l'enfant ou au jeune ne toucheront que l'information requise pour ces fins particulières. Santé Î.-P.-É. s'engage à protéger les renseignements personnels sur la santé et à ne divulguer que ceux que permet de demander la <i>Freedom of Information and Protection of Privacy Act</i> (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée).</p> <p>Le bureau administratif du Programme de financement des pompes à insuline informera le fournisseur choisi et ses sous-traitants approuvés de la contribution familiale requise en vue de l'achat de pompes et de fournitures connexes. Le fournisseur et ses sous-traitants approuvés informeront également le bureau administratif de l'adresse postale et du numéro de suivi des commandes lors de l'expédition, ainsi que des retours ou de l'interruption de l'approvisionnement en pompes à insuline ou en fournitures connexes, et d'une mauvaise utilisation éventuelle des fournitures.</p> <p>Le Formulaire d'évaluation de la contribution familiale et la déclaration de revenus de l'Agence du revenu du Canada seront classés et conservés en toute sécurité, et l'accès à leur contenu sera limité aux utilisateurs autorisés. Des mesures seront prises pour assurer la conservation de ces renseignements en toute sécurité, conformément aux lignes directrices du gouvernement et de Santé Î.-P.-É.</p> <p>Tous les renseignements recueillis à partir des formulaires de demande requis seront entrés dans une base de données qui pourra être consultée à l'intérieur de Santé Î.-P.-É. afin d'évaluer le Programme de financement des pompes à insuline et de cerner des moyens de l'améliorer. Les fournisseurs et leurs sous-traitants approuvés pourront fournir à Santé Î.-P.-É. des renseignements sur l'utilisation des pompes et des fournitures connexes. Ces données seront également conservées dans une base de données protégée, à laquelle n'aura accès que les utilisateurs autorisés. Les bases de données et les fichiers du Programme de financement des pompes à insuline de Santé Î.-P.-É., des cliniques du diabète et du bureau administratif du programme, seront conservés conformément au calendrier de conservation établi par Santé Î.-P.-É.</p> <p>Je consens, ou nous consentons, à ce que Santé Î.-P.-É. recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels à mon ou notre sujet, ou sur ma ou notre famille, aux fins décrites ci-dessus, en vue de la gestion du Programme de financement des pompes à insuline. Je consens, ou nous consentons, également à ce que Santé Î.-P.-É. reçoive des renseignements sur l'utilisation des pompes et des fournitures connexes auprès du fournisseur choisi et de ses sous-traitants approuvés.</p> <p>Je soussigné déclare, ou nous soussignés déclarons, que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma ou notre connaissance, vrais et exacts. Je comprends, ou nous comprenons, que, en cas de retrait de mon ou notre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements par Santé Î.-P.-É., la couverture offerte dans le cadre du Programme de financement des pompes à insuline peut être retirée.</p>			

Le fournisseur et ses sous-traitants choisis peuvent proposer divers services, comme l'accès à un site Web entretenu pour la diffusion de renseignements personnels sur la santé ainsi que le téléchargement et l'analyse de données liées aux pompes à insuline. Je comprends, ou nous comprenons, que l'utilisation de ces services ou ressources se fera à mes ou nos propres risques et que ces services ou ressources ne sont pas avalisés, en tout ou en partie, par le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, Santé Î.-P.-É. ou le Programme de financement des pompes à insuline.

Si le requérant a moins de dix-huit (18) ans, l'un de ses parents ou son tuteur légal doit signer le présent formulaire. Les requérants âgés de 18 ans doivent signer eux-mêmes ce formulaire de consentement.

Nom du requérant	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
Nom du requérant	Signature	Date (AAAA/MM/JJ)
Nom du jeune de 18 ans	Signature du jeune	Date (AAAA/MM/JJ)

Avis aux jeunes qui sont âgés de 18 ans au moment de remplir la présente demande

- Si vous avez 18 ans, n'habitez plus chez vos parents ou tuteurs et avez un revenu, vous devez remplir et signer cette demande, en plus de remettre votre déclaration de revenus de l'ARC.
- Si vous avez 18 ans et habitez chez vos parents ou tuteurs (p. ex. poursuite d'études au niveau secondaire ou universitaire) :
 - Vous devez lire et signer la déclaration de consentement ci-dessous, qui autorise vos parents, l'un d'eux ou votre tuteur à faire la demande en votre nom;
 - Vos parents, l'un d'eux ou votre tuteur doit remplir et signer la demande et remettre sa déclaration de revenus de l'ARC. Votre signature est requise aux pages 2 et 4 du formulaire, en plus de celle de vos parents, l'un d'eux ou votre tuteur.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT du jeune de 18 ans qui habite chez ses parents, l'un de ceux-ci ou son tuteur au moment de remplir la présente demande (consentement obligatoire pour une demande faite au nom d'un jeune ayant atteint l'âge de 18 ans) :

Je, _____, né le _____ et ayant 18 ans, consens à ce que
 (nom en lettres moulées) (aaaa/mm/jj)

mes parents, l'un deux ou mon tuteur remplissent cette demande en mon nom pour l'obtention d'une aide financière dans le cadre du Programme de financement des pompes à insuline de l'Î.-P.-É.

 Signature du jeune Date : _____
 (aaaa/mm/jj)