

Fondation Vivre à domicile

Demande d'aide financière

Objectifs

La Fondation *Vivre à domicile* offre une aide financière aux personnes démunies de la MRC de Montmagny. Cette aide permet d'accéder à des services d'aide à domicile et de demeurer à la maison dans des conditions décentes, en complémentarité avec les programmes gouvernementaux.

Règlements

- Il est obligatoire de remplir le formulaire de demande d'aide financière de la Fondation *Vivre à domicile* et celui de la Régie de l'assurance maladie du Québec (Demande d'aide financière – Programme d'exonération financière en aide domestique). À l'arrivée des formulaires, un accusé de réception est émis et la demande analysée dans un délai approximatif d'un mois. La personne est ensuite avisée par écrit de la décision de la Fondation.
- Afin de démontrer son engagement, le bénéficiaire contribue à l'achat de services selon sa capacité financière. Ainsi, la Fondation se révèle un soutien aux services à domicile.
- La contribution du bénéficiaire correspond à un montant maximal équivalant à la moitié de la facture nette.

Paramètres d'admissibilité

Les personnes admissibles ont des revenus se situant près du seuil de pauvreté. Ce niveau de revenu est basé sur les paramètres de l'Institut de la statistique du Québec, en tenant compte de la situation familiale (MFR – seuils avant impôt)¹.

Services admissibles

¹ Seuils du faible revenu, MRF-seuils avant impôt, selon la taille du ménage, Québec.

Fondation Vivre à domicile

Les services d'aide domestique (entretien ménager, buanderie, préparation de repas, approvisionnement, courses, etc.), d'assistance à la vie quotidienne (soins d'hygiène, bain, activités de stimulation, etc.) et de répit aux proches aidants.

Critères d'analyse des demandes

- Priorité au soutien à domicile;
- Services admissibles aux activités de la Fondation;
- Conformité aux règles du programme;
- Impact sur la qualité de vie des personnes;
- Contribution minimale de la personne dans sa prise en charge.

Analyse des demandes

- Le conseil d'administration de la Fondation reçoit, analyse, approuve et assure le suivi des demandes d'aide financière en toute confidentialité. Il veille à ce que les fonds recueillis soient distribués de manière équitable, transparente, impartiale et démocratique.
- Les demandes d'aide couvrent une période maximale d'un an et peuvent être renouvelées. L'analyse des demandes est faite une fois par mois et un suivi écrit est acheminé dans les meilleurs délais.
- Dans le cas d'un renouvellement, le demandeur remplit à nouveau les formulaires.

Coordonnées

Fondation *Vivre à domicile*

7, rue St-Jean-Baptiste Est à Montmagny, QC, G5V 1J6

Téléphone 418 248-2433

Télécopieur 418 248-4262

Courriel adm@coopsd.com

Site Internet www.coopsd.com

Fondation Vivre à domicile

Formulaire de demande d'aide financière



AVANT DE COMMENCER

1. Lire le dépliant «Fondation *Vivre à domicile*».
2. Remplir les formulaires avec soin. Lorsque les renseignements et les documents sont incomplets, la demande peut être retardée.
3. Si vous recevez actuellement des services de la Coopérative de services à domicile de la MRC de Montmagny, complétez uniquement le formulaire de demande d'aide financière de la Fondation *Vivre à domicile*.
4. Inscrire S/O (sans objet) lorsque la question ne s'applique pas.

Une fois complétée, la demande doit être acheminée par la poste ou par courriel à :

Fondation *Vivre à domicile*
 7, rue St-Jean-Baptiste Est
 Montmagny (Québec) G5V 1J6
 Téléphone 418-2433
 Télécopieur 418-248-4262
info@fondationvivreadomicile.com

1. Identification

Bénéficiaire

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ COURRIEL : _____

Demandeur (si autre que le bénéficiaire)

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ COURRIEL : _____

LIEN DE PARENTÉ : _____

Procuration légale (joindre une copie)

Fondation Vivre à domicile

2. **Précisez la raison de la demande** (décrire brièvement la situation personnelle et familiale, l'état de santé, les limitations fonctionnelles, etc.).

3. **Décrivez la nature des services demandés** (services, fréquence, durée, etc.).

4. **Recevez-vous actuellement des services de la Coopérative de services à domicile de la MRC de Montmagny?**

Oui ___

Non ___

5. **Recevez-vous actuellement des services d'aide à domicile par d'autres personnes ou organismes?**

Oui ___

Non ___

Si oui, identifiez le payeur de ces services.

6. **Avez-vous du support de proches aidants (parents, amis, voisinage, autre)?**

Fondation Vivre à domicile

7. Êtes-vous suivi par un professionnel du CLSC (autre qu'un médecin)?

8. Information complémentaire

À ma connaissance, je certifie que les renseignements donnés dans le présent formulaire ainsi que dans les documents annexés sont vrais, exacts et complets.

Signature du bénéficiaire _____ Date _____
(sauf si déclaré inapte)

Signature du demandeur _____ Date _____

Joindre à votre demande :

- Formulaire de demande d'aide financière de la Régie d'assurance maladie du Québec, s'il y a lieu.
- Copie de la procuration d'administration générale, s'il y a lieu.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.