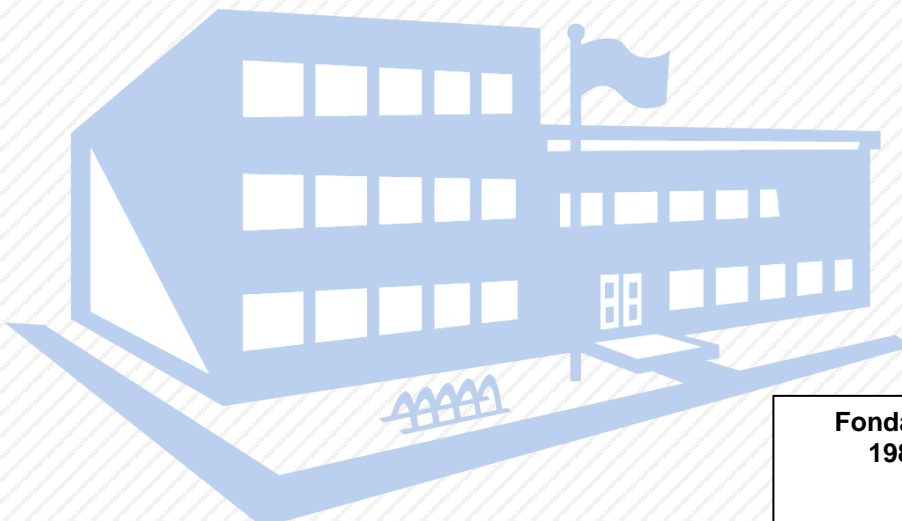




# **FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE**



Fondation Docteur Benoit Deshaies  
1988, rue Sainte-Catherine Est  
Suite 101  
Montréal (Qc) H2K 2H7  
Téléphone : 514-303-3333  
Courriel : [info@fondationdrdeshaies.org](mailto:info@fondationdrdeshaies.org)

# **LA FONDATION DOCTEUR BENOIT DESHAIES**

Créée en 1998, la Fondation Docteur Benoit Deshaies a pour mission d'aider des victimes de lésions professionnelles. Ces lésions professionnelles résultent d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle et ne sont pas toujours reconnues par la Commission des normes, de l'équité et de la santé et de la sécurité du travail. « CNESST »

## **EXTRAIT RÉSUMANT LE RÈGLEMENT SUR L'ATTRIBUTION DES FONDS.**

### **Conditions générales**

#### **54. Pour bénéficier de l'aide financière de la Fondation, une personne doit :**

54.1 Avoir subi une lésion résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle au Québec inadéquatement prise en charge par les instances officielles;

54.2 Avoir des revenus familiaux, pour les six mois précédant la date de demande d'aide, qui la situent en deçà du seuil de faible revenu tel qu'établi par Statistique Canada;

54.3 Être en mesure de bénéficier des solutions pour maintenir, protéger et améliorer sa santé; il doit donc exister un potentiel raisonnable de succès à une intervention.

#### **55. Pour déboursier en faveur d'une personne, la Fondation doit :**

55.1 S'assurer que les conditions exigées de la personne bénéficiaire sont satisfaites;

55.2 S'assurer qu'il n'existe aucune autre ressource de santé publique susceptible d'apporter à la personne, dans un délai raisonnable, les solutions santé envisagées par le professionnel référant; s'il en existe, la Fondation aide la personne à s'en prévaloir.

### **Conditions particulières**

56. Compte tenu que la personne à la recherche de l'aide de la Fondation s'est généralement vue refuser la reconnaissance de sa lésion par les organismes chargés d'indemniser les personnes victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles et que les ressources de la Fondation sont limitées, elle devra aussi considérer les possibilités que son action vise à contester les décisions de la CNESST.

## **CRITÈRES ADMISSIBILITÉ**

La personne qui fait la demande doit répondre aux deux critères suivants :

- Avoir subi un accident de travail ou une lésion professionnelle;
- Être sous le seuil du faible revenu selon Revenu Canada.

## **SEUIL DE FAIBLE REVENU**

Nombre de personne composant le ménage	Seuil de faible revenu
1 personne	moins de 22 720\$
2 personnes	moins de 32 131\$
3 personnes	moins de 39 352\$
4 personnes	moins de 45 440\$
5 personnes	moins de 50 803\$

## **SOUTIEN DE LA FONDATION**

La Fondation Docteur Benoit Deshaies peut soutenir les accidentés du travail et les victimes de lésions professionnelles pour :

- Des soins médicaux;
- Des expertises médicales;
- Toutes demandes relatives à la santé.

La Fondation ne donne pas d'opinion médicale, de conseils pour la défense du travailleur, de référencement pour des soins ou expertises.

Les moyens accordés par la Fondation visent uniquement les soins et expertises. La Fondation ne soutient pas financièrement une personne pour ses besoins personnels ni pour les frais juridiques.

## **POLITIQUE D'ATTRIBUTION DES FONDS**

L'utilisation du masculin dans le présent document vise purement à en alléger le texte : il comprend toujours le féminin.

### **0. DÉFINITIONS**

Demandeur :	Personne résidant du Québec qui dépose une demande;
Fondation :	Fondation Docteur Benoit Deshaies
Traitements :	Acupuncture, chiropratique, ergothérapie, psychologue, massothérapie, ostéopathie, physiothérapie;
Services spécialisés :	Expertise médicale et résonance magnétique -IRM-, EMG « pour les cas d'urgences seulement »
Soins divers :	Infiltration, médication, autres.

Pour les traitements un maximum de 10 traitements sera accordés suivi d'un rapport d'évolution pour déterminé si continuité ou pas.

### **1. INTRODUCTION**

La politique d'attribution des fonds est établie et révisée annuellement par le conseil d'administration de la Fondation.

Le comité d'attribution peut soumettre des suggestions ou commentaires au conseil d'administration pour modifier ou améliorer cette politique.

### **2. RÉCEPTION DES DOSSIERS**

Le dossier d'un demandeur est déposé au comité d'attribution seulement si celui-ci est complet.

Le demandeur sera avisé en cas d'absence d'une ou plusieurs pièces nécessaires à l'étude du dossier.

### **3. DÉBUT ET FIN DU DOSSIER**

**Le dossier d'un demandeur est actif pour une période d'une année, à partir de son acceptation au comité d'attribution;**

Le demandeur recevra une lettre pour lui indiquer la fin de la période active. Au terme d'une année, une nouvelle demande, incluant le dossier médical, devra être déposée si le demandeur désire obtenir un soutien financier de la Fondation.

## 4. EXCLUSION

Toute demande faite au comité d'attribution, concernant des soins ou traitements reçus avant le dépôt et l'acceptation de la demande, sera automatiquement refusée.

## 5. ACCEPTATION DE LA DEMANDE

Le demandeur recevra une lettre confirmant l'acceptation de sa demande avec les termes et conditions pour se prévaloir de l'aide accordée.

## 6. TERMES ET CONDITIONS

- 6.1 Le demandeur est responsable de trouver le ou les fournisseurs de services.
- 6.2 La Fondation s'engage à payer le fournisseur de services sur présentation d'une facture détaillée à chaque fin de mois, selon les barèmes établis par la Fondation.
- 6.3 Un bilan sera demandé au fournisseur de services à la fin de chaque série de traitements pour vérifier l'évolution de la condition du demandeur
- 6.4 Les montants accordés, tant pour les soins que pour les services spécialisés, doivent être utilisés dans le temps déterminé par le comité d'attribution, sinon une nouvelle demande devra être faite pour obtenir lesdits soins ou services.
- 6.5 Une ou plusieurs demandes supplémentaires peuvent être faites à l'intérieur d'une année à partir de la date de réception du dossier. Au-delà de ce délai d'une année, une nouvelle demande complète, incluant le dossier médical, devra être déposée.

## 7. REMBOURSEMENT EN CAS DE GAIN DE CAUSE

En cas de gain de cause auprès de l'organisme payeur « CNESST ou assureur », le demandeur s'engage à rembourser les sommes encourues par la Fondation dans sa cause et qui ont fait l'objet d'un règlement entre la Fondation et le demandeur. Cela inclut les traitements, les services spécialisés et les soins divers, tels que définis au point 0.

## 8. MONTANTS ACCORDÉS

Le ou les montants accordés pour le ou les traitements retenus le sont par série et seront remboursés par la Fondation selon l'échelle suivante :

Traitements, services spécialisés	Maximum
Acupuncture	40\$ par traitement
Chiropratique	40\$ par traitement
Ergothérapie	40\$ par traitement
Massothérapie	40\$ par traitement
Ostéopathie	80\$ par traitement
Physiothérapie	60\$ par traitement
Psychologue	90\$ par traitement
IRM	650\$
EMG	650\$
Résonance magnétique	650\$
Expertise médicale	1 500\$
Expert à l'audition de la CLP	1 500\$
Soins divers	Selon la décision du comité et après vérification.

## IMPORTANT

**TOUTES LES SECTIONS DU PRÉSENT FORMULAIRE DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES POUR QUE VOTRE DOSSIER SOIT SOUMIS AU COMITÉ D'ATTRIBUTION DE LA FONDATION.**

**La partie médicale « annexe C du formulaire » doit être remplie par votre médecin et accompagnée de votre dossier médical**

**Sans quoi, votre demande vous sera retournée afin d'être complétée.**

Page 6-7-8 « annexe A » - 9 « annexe B »

Le demandeur

Page 10 « annexe C »

Le médecin omnipraticien ou spécialiste.

Page 11 « annexe D »

Le conseiller juridique ou syndical

Note : Ne pas retourner les pages 1 à 5. A conserver pour votre information.



**Formulaire de demande d'aide**

## 0. Provenance de la demande

Comment ou par qui le demandeur a-t-il été référé à la Fondation?

Comment ? \_\_\_\_\_ Par qui ? \_\_\_\_\_

## 1. Identification du demandeur

Nom		Prénom	
Adresse		Appartement	
Ville		Code postal	
Date de naissance	Téléphone maison		Téléphone cellulaire

Conjoint (e) : oui  non   
Enfants « personnes à charge » : oui  non  si oui, combien : \_\_\_\_\_

## 2. Nature de la demande

Est-ce que votre demande concerne une lésion professionnelle  un accident de travail

Est-ce que la demande est faite par un avocat  un conseiller juridique   
un médecin  un conseil syndical

Numéro de dossier CNESST ` \_\_\_\_\_ Numéro de dossier TAT : \_\_\_\_\_  
Numéro de la police d'assurances : \_\_\_\_\_

## 3. Revenus actuels du demandeur

**indiquez quels sont vos revenus mensuel « ne pas oublier d'inclure la preuve de votre revenu »**

	Oui	Non	Montant mensuel
Assurance emploi			
Sécurité du revenu « aide sociale »			
Sécurité de la vieillesse			
Régies des rentes du Québec			
CNESST			
Société de l'assurance automobile du Québec			
Autres revenus : « ex : conjoint ou conjointe »			
Régime d'assurance salaire			
Provenant de l'employeur :			
Régime d'assurance salaire personnel			
:			

NOM DU DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

#### 4. Emploi et employeur

Identifiez l'emploi lors de l'accident ou de la lésion professionnelle

Identifiez l'employeur lors de l'accident ou de la lésion professionnelle

#### 5. Historique de l'accident de travail ou de la lésion professionnelle

Décrivez l'accident ou la lésion :

Date de l'accident ou de la lésion : \_\_\_\_\_

L'employeur a-t-il contesté la lésion ?

Des réclamations ont-elles été faites auprès de la CNESST?

Si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_

Décisions de la CNESST : détails et dates

Fournir rapports employeur, médecins, formulaires CNESST, « ADR », avis de l'employeur et demande de remboursement « R.T. » réclamation du travailleur et tous autres documents pertinents.

Séquelles résultant de la lésion professionnelle ou de l'accident de travail

	Date	Si oui, joindre copie
RF « rapport final du médecin traitant » :	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
REM « rapport d'évaluation médicale » :	_____	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Représentation

Votre endroit de travail est-il ou était-il syndiqué? oui  non

Nom de votre syndicat : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de votre représentant : \_\_\_\_\_

Avez-vous un avocat ou un conseiller syndical qui vous représentera? oui  non

Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**J'AFFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS SONT CONFORMES**

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## ANNEXE A – AUTORISATION ET ENGAGEMENT À L'ÉGARD DE LA FONDATION

### Doit être rempli par le demandeur

Montréal le \_\_\_\_\_

Fondation Docteur Benoit Deshaies  
1988, rue Sainte-Catherine Est, bureau 101  
Montréal (Qc) H2K 2H7

### **Objet : Autorisation et engagement du demandeur à l'égard de la Fondation Docteur Benoit Deshaies**

Madame, Monsieur,

Par la présente,

Initiales ➤ J'autorise la Fondation Docteur Benoit Deshaies à utiliser gratuitement mon cas pour faire connaître sa mission. J'appuie la Fondation Docteur Benoit Deshaies dans cette démarche.

Initiales ➤ J'accepte que la Fondation Docteur Benoit Deshaies m'aide financièrement, selon ses disponibilités, pour défrayer des frais médicaux ou expertises non couverts par les régimes publics d'assurance du Québec.

Initiales ➤ Si j'obtiens gain de cause auprès des tribunaux administratifs, je m'engage à rembourser à la Fondation tous les frais encourus par elle qui me seront remboursés par la CNESST ou l'assureur.

Initiales ➤ Je m'engage à fournir ou demander à mon représentant de faire parvenir à la Fondation copie des décisions des tribunaux administratifs TAT ou autre.

Initiales ➤ J'affirme aussi que les informations transmises sont véridiques et correspondent à la réalité.

Et j'ai signé à : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_





## Annexe B – COPIE DU DOSSIER MÉDICAL

Doit être rempli par le demandeur

Le \_\_\_\_\_

Destinataire : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville et code postal : \_\_\_\_\_

### **Objet : Copie de mon dossier médical**

Madame, Monsieur,

Je demande par la présente, qu'une copie de mon dossier médical soit transférée à la Fondation Docteur Benoit Deshaies. J'autorise également les personnes mandatées par la Fondation Docteur Benoit Deshaies à communiquer avec vous pour obtenir toute autre information nécessaire.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la présente et je vous prie d'accepter, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_



NOM DU DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

**ANNEXE C – VOLET MÉDICAL**

**Doit être complété par le médecin omnipraticien ou spécialiste**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ N° de membre : \_\_\_\_\_

Diagnostics :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**JOINDRE UNE COPIE DU DOSSIER MÉDICAL SVP**

**Traitements déjà reçus :**

Acupuncture oui  non  Ostéopathie oui  non  Massothérapie oui  non   
Chiropractie oui  non  Ergothérapie oui  non  Physiothérapie oui  non   
Psychothérapie oui  non  Autres : \_\_\_\_\_

**Médication antérieure et/ou actuelle :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Maladies antérieures ou état de santé non relié à l'accident :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le rapport final a-t-il été fait ? oui  non  si oui, joindre copie  
Le rapport d'évaluation « REM » a-t-il été fait? oui  non  si oui, joindre copie  
Est-ce une récurrence, rechute ou aggravation? oui  non

**Traitements demandés :**

Acupuncture oui  non  Ostéopathie oui  non   
Chiropractie oui  non  Physiothérapie oui  non   
Ergothérapie oui  non  Psychothérapie oui  non   
Massothérapie oui  non  IRM oui  non

Expertise médicale physique oui  non   
Nom du médecin qui fera l'expertise \_\_\_\_\_  
Nom de la clinique ou de l'hôpital \_\_\_\_\_

Expertise médicale psychologique oui  non   
Nom du médecin qui fera l'expertise \_\_\_\_\_  
Nom de la clinique ou de l'hôpital \_\_\_\_\_

Expert à l'audition de la TAT \_\_\_\_\_

**Signature du médecin :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

NOM DU DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

## ANNEXE D – VOLET JURIDIQUE

### Doit être complété par un conseiller juridique ou un conseiller syndical

Demande (s) :

Expertise médicale physique                      oui  non   
Nom du médecin qui fera l'expertise                      \_\_\_\_\_  
Nom de la clinique ou de l'hôpital                      \_\_\_\_\_

Expertise médicale psychologique                      oui  non   
Nom du médecin qui fera l'expertise                      \_\_\_\_\_  
Nom de la clinique ou de l'hôpital                      \_\_\_\_\_

Expert à l'audition de la CLP                      \_\_\_\_\_

### Défense prévue :

---

---

---

---

Date de l'audition à la CLP : \_\_\_\_\_

### REMBOURSEMENT EN CAS DE GAIN DE CAUSE

En cas de gain de cause auprès de l'organisme payeur « CNESST ou assureur », le demandeur s'engage à rembourser les sommes encourues par la Fondation dans sa cause et qui ont fait l'objet d'un règlement entre la Fondation et le demandeur. Cela inclut les traitements, les services spécialisés et les soins divers.

Nom du conseiller juridique  
ou du conseiller syndical : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature du conseil juridique  
ou du conseiller syndical :

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_