

## Demande de financement de traitement d'orthodontie pour les patients ayant une fissure palatine

Veillez remplir la section A et demander à l'orthodontiste ou au dentiste pédiatrique de remplir la section B. Si vous demandez du financement additionnel, remplissez la section C et joignez un avis de cotisation ou un avis de nouvelle cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ou un imprimé de l'option C que l'on peut se procurer à un bureau des services fiscaux de l'Agence du revenu du Canada) pour chaque parent ou tuteur.

Postez le formulaire rempli à : D<sup>r</sup> A. O. Adegbembo  
Consultant dentaire principal  
Santé publique – Programmes de soins  
dentaires  
152, chemin St. Peters  
C. P. 2000  
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8

### **Section A : À remplir par le parent qui demande du financement pour un traitement orthodontique.**

Nom de l'enfant : Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance JJ/MM/AAAA : \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Noms des parents : Mère \_\_\_\_\_

Père \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : Domicile \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Travail \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

### **Section B : À remplir et à signer par l'orthodontiste ou le dentiste pédiatrique.**

Le patient susmentionné requiert un traitement orthodontique pour une malocclusion directement liée à une fissure palatine. Un devis et un calendrier des paiements sont joints au présent formulaire ou seront soumis sur demande. Le dossier dentaire sera soumis si le comité d'examen le demande.

Orthodontiste ou dentiste pédiatrique : \_\_\_\_\_

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

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

**Section C : Remplissez cette section seulement si vous demandez une aide financière supplémentaire dépassant le financement à 50 % du traitement :**

Les programmes de soins dentaires de santé publique paieront 50 % des coûts du traitement orthodontique approuvé (montant maximal : 2 500 \$). S'il a besoin d'aide financière supplémentaire, le patient peut demander une couverture des coûts à 75 % (montant maximal : 3 750 \$) ou à 100 % (montant maximal : 5 000 \$).

Selon le revenu total de votre ménage (selon la ligne 236 du guide d'impôts), vous pourriez être admissible à un financement à 75 % ou à 100 %. Pour plus de renseignements sur les niveaux de financement, composez le 902-368-4917.

Veuillez joindre une copie du dernier avis de cotisation ou un avis de nouvelle cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ou un imprimé de l'option C que l'on peut se procurer à un bureau des services fiscaux de l'Agence du revenu du Canada) pour chaque parent ou tuteur. Les renseignements fournis sont confidentiels et seront utilisés uniquement par le comité d'examen.

Avez-vous d'autres assurances médicales ou dentaires qui couvriront une partie des coûts? O Non  O Oui

Nom de la compagnie d'assurance et portion couverte \_\_\_\_\_

Nom et âge des autres enfants :

Enfant	Âge	Enfant	Âge
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Je demande un niveau de financement dépassant le taux habituel de 50 %. Je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

La *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée – AIPVP) de l'Île-du-Prince-Édouard régit la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus dans le présent formulaire.

Si vous avez des questions concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels, veuillez communiquer avec la coordonnatrice de l'AIPVP de Santé Î.-P.-É. au 902-368-4942.