

Formulaire d'évaluation de la contribution du client
ou de la famille et de consentement à la
divulgence de renseignements

Les renseignements personnels sur la santé dans le présent formulaire sont recueillis par Santé Î.-P.-É. pour déterminer votre admissibilité au Programme de financement des pompes à insuline de l'Î.-P.-É., pour évaluer le programme et pour d'autres utilisations permises par la *Health Information Act* (loi sur les renseignements sur la santé). Vos renseignements seront uniquement recueillis, utilisés et communiqués en conformité avec la loi. Pour plus de renseignements, visitez le www.healthpei.ca/yourprivacy ou communiquez avec le chef de clinique du Programme provincial du diabète de Santé Î.-P.-É. au 902-368-4243.

La présente demande vise (veuillez cocher toutes les cases pertinentes) :					
<input type="checkbox"/> Nouvelle pompe <u>OU</u> <input type="checkbox"/> Pompe de remplacement (pompe actuelle n'est plus sous garantie) <input type="checkbox"/> Fournitures connexes					
Renseignements sur la personne 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			
Adresse (pour l'envoi des fournitures)					
N° et rue				App.	
Ville		Province		Code postal	
Tél. (rés.)	()	Cell.	()		
Si la personne indiquée ci-dessus a moins de 18 ans, veuillez indiquer avec qui elle vit :					
<input type="checkbox"/> Ses deux parents <input type="checkbox"/> Sa mère seulement <input type="checkbox"/> Son père seulement <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)					
<ul style="list-style-type: none"> Les parents ou les tuteurs doivent remplir la section A à la page 2. 					
Si la personne indiquée ci-dessus a de 18 à 24 ans, indiquez son statut actuel :					
<input type="checkbox"/> Célibataire (y compris veuf ou divorcé) Si vous êtes célibataire, êtes-vous un étudiant à temps plein?			<input type="checkbox"/> Marié/Conjoint de fait : passez directement à la Section B à la page 2		
<ul style="list-style-type: none"> Si oui, les parents ou tuteurs de l'étudiant à temps plein doivent remplir la Section A de la page 2 comme demandeur. <ul style="list-style-type: none"> Remarque : Une confirmation de l'inscription à plein temps de l'établissement postsecondaire doit accompagner la présente demande. Si non, passez directement à la Section B de la page 2. 					

SECTION A :		Renseignements sur le ménage pour le demandeur au nom d'une personne à charge (âgée de moins de 18 ans ou étudiant à temps plein âgé de 18 à 24 ans)			
Parent ou tuteur légal de la personne indiquée ci-dessus					
Nom de famille		Prénom		Initiale	
Numéro d'assurance sociale			Date de naissance (aaaa/mm/jj)		
Conjoint / Partenaire (du parent ou du tuteur légal)					
Nom de famille		Prénom		Initiale	
Numéro d'assurance sociale			Date de naissance (aaaa/mm/jj)		
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.)	()	
Cellulaire	()		Tél. (trav.)	()	
Est-ce que le parent ou le tuteur, ou le conjoint ou le partenaire a :					
Un régime d'assurance-maladie privé couvrant une partie ou la totalité du coût de la pompe à insuline de la personne à charge?				<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 de la personne à charge?				<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					

ALLEZ À LA PAGE 3

SECTION B :		Information sur le ménage pour un demandeur indépendant (âgé de 18 à 24 ans et qui n'est pas un étudiant à temps plein)			
Nom de famille		Prénom		Initiale	
Numéro d'assurance sociale du demandeur			Date de naissance (aaaa/mm/jj)		
Conjoint ou partenaire (le cas échéant)					
Nom de famille		Prénom		Initiale	
Numéro d'assurance sociale			Date de naissance (aaaa/mm/jj)		
Est-ce que votre parent/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 vous couvre, 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					

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).

Je consens, ou nous consentons, à ce que Santé Î.-P.-É. recueille, utilise et divulgue des renseignements médicaux 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.

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 d'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 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.

Un parent ou un tuteur légal peut fournir le consentement pour toutes les personnes à charge de moins de 18 ans.

La présente autorisation est valide pour les deux années d'imposition précédant la date de la présente demande, l'année d'imposition actuelle et chaque année d'imposition consécutive subséquente pour laquelle je demande une aide dans le cadre des programmes d'aide à l'achat des médicaments indiqués ci-dessus.

Nom du demandeur	Signature	Date
Nom du conjoint (le cas échéant)	Signature	Date
Faire parvenir le formulaire dûment rempli par la poste, par télécopieur ou par courriel : Programme de financement des pompes à insuline de Santé Î.-P.-É. Centre de santé de Montague C. P. 877 Montague (Î.-P.-É.) COA 1R0		Coordonnées : Administrateur du Programme de financement des pompes à insuline Courriel : insulinpumpprogram@ihis.org Téléphone : 1-902-838-0787 Télécopieur : 1-902-838-0986

Nom de l'utilisateur de la pompe à insuline :		N° de la carte-santé	
---	--	----------------------	--

Consentement à la divulgation de renseignements personnels de santé – Renseignements additionnels

Des renseignements personnels de santé 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 de santé seront utilisés et divulgués seulement pour :

- 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 demandeur.

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 de vos renseignements personnels de santé ne toucheront que l'information requise pour ces fins particulières. Nous nous engageons à protéger les renseignements personnels sur la santé et à ne divulguer que ceux que permet la *Health Information Act* (loi sur les renseignements sur la santé).

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.

Le présent formulaire d'évaluation de la contribution familiale sera classé et conservé en toute sécurité, et l'accès à son 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.

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.

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 avertisés, 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 demandeurs ayant 18 ans et plus doivent signer le consentement à la page 5.

Avis aux jeunes adultes de 18 à 24 ans :

- Si vous êtes indépendant et avez un revenu, vous devez fournir tous les renseignements et signer la demande.
- Si vous êtes une personne à charge (par exemple, un élève du secondaire ou un étudiant à l'université à temps plein) :
 - votre parent ou votre tuteur doit remplir et signer la demande
 - vous devez lire / signer
 - le consentement écrit à la divulgation de renseignements personnels (indiqué ci-dessus)
 - le consentement ci-dessous, qui donne la permission à votre parent ou à votre tuteur de présenter une demande en votre nom

CONSENTEMENT du jeune adulte qui a de 18 à 24 ans ou plus et qui est une personne à charge pour ses parents au moment de présenter cette demande (nécessaire si la demande est présentée au nom d'une personne à charge qui a atteint l'âge de 18 ans) :

Je, soussigné _____, né le _____ et âgé de 18 ans ou plus, consent à ce que
(nom en lettres moulées) (aaaa/mm/jj)

mon ou mes parents présentent cette demande en mon nom pour une aide financière dans le cadre du Programme de financement des pompes à insuline.

Signature du jeune adulte

Date : _____
(aaaa/mm/jj)

Veillez conserver cette page à titre d'information.

Comment définissons-nous le terme « demandeur »?

Un demandeur est une personne qui présente une demande ou au nom de laquelle une demande est présentée.

Comment définissons-nous le terme « adulte »?

Un adulte est une personne âgée de 18 ans ou plus.

Comment définissons-nous le terme « ménage »?

Un ménage peut être :

- un adulte seul
- un adulte et son conjoint ou sa conjointe (voir la définition plus bas)
- un adulte et tous les enfants à sa charge (voir la définition plus bas)
- un adulte, son conjoint ou sa conjointe, et tous les enfants à leur charge

Comment définissons-nous le terme « conjoint ou conjointe »?

Un conjoint ou une conjointe est une personne avec qui vous êtes mariée ou avec qui vous vivez une relation semblable à un mariage. Le couple peut être du même sexe.

Comment définissons-nous le terme « personne à charge »?

Une personne à charge doit :

- être votre enfant ou pupille, ou l'enfant ou le pupille de votre conjoint(e)
- être âgée de moins de 18 ans, OU âgée de moins de 26 ans et fréquenter un établissement postsecondaire à temps plein (l'établissement doit fournir une attestation de l'inscription de l'étudiant ou de l'étudiante – la notion de statut à temps plein est définie par votre établissement postsecondaire)
- ne pas être mariée ni vivre une relation semblable à un mariage

Une personne à charge peut être inscrite auprès d'une seule famille à la fois.

Qu'arrive-t-il si je suis célibataire, je suis âgé(e) de 18 ans ou plus et j'habite toujours chez mes parents?

Si vous avez 18 ans ou plus et n'êtes **PAS** étudiant ou étudiante à temps plein, vous devez remplir votre propre formulaire d'inscription, que vous viviez ou non avec vos parents. N'indiquez pas le nom ni le revenu de vos parents sur votre formulaire. Toutefois, si vous détenez une assurance-maladie privée (c'est-à-dire votre propre régime ou une couverture dans le cadre du régime de vos parents), vous devrez mentionner cette couverture dans votre demande.

Si vous avez 18 ans ou plus et êtes étudiant ou étudiante à temps plein (que vous viviez ou non avec vos parents), vous devez indiquer le nom et le revenu de vos parents sur votre demande. Si vous ou vos parents détenez une assurance-maladie privée, vous devrez aussi mentionner cette couverture dans votre demande.

Comment définissons-nous le terme « revenu du ménage »?

Pour chaque membre du ménage, retenez le montant indiqué à la ligne 150 (revenu total) de sa déclaration de revenus de l'année précédente, et déduisez tous les montants rapportés aux lignes 210 (montant de pension fractionné), 214 (frais de garde d'enfants) et 220 (pension alimentaire payée). Le montant restant représente le revenu de chaque individu aux fins de la couverture du Programme d'aide financière pour médicaments.

Additionnez les montants de tous les membres du ménage indiqués plus haut pour obtenir le revenu total du ménage.

Comment se fait le calcul de la couverture dans le cadre du Programme de financement des pompes à insuline?

En vous basant sur le revenu du ménage que vous venez de calculer, déterminez à quelle fourchette de revenu vous appartenez.

Revenu total du ménage	Taux
De 0 \$ à 20 000 \$	100 %
De 20 001 \$ à 40 000 \$	95 %
De 40 001 \$ à 50 000 \$	90 %
De 50 001 \$ à 100 000 \$	70 %
100 001 \$ et plus	60 %

Comment puis-je obtenir plus de renseignements? Veuillez vous référer au document des questions et réponses du Programme de financement des pompes à insuline, accessible en ligne au :

<https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/programme-financement-pompes-a-insuline>