

Formulaire de demande pour le Fonds d'aide spécial (FAS)

Ce document doit être utilisé comme guide par les personnes qui présentent une demande dans le cadre du Fonds d'aide spécial. Vous pouvez numériser et envoyer le formulaire et les documents au courriel info@retraitessrc.ca, ou par la poste à **L'Association nationale des retraités de la SRC, C.P. 8570, Ottawa, ON K1G 3H9**. Le Comité n'étudiera pas les demandes de moins de 200 \$. Pour que la demande fasse l'objet d'une évaluation et d'une discussion, l'employé ou le retraité doit signer le formulaire ou joindre à la demande une autorisation signée par lui-même.

Les reçus originaux doivent également accompagner la demande.

Nom du demandeur			
N° d'employé			
Représentant	Association nationale des retraités de la SRC		
Affiliation	N/A		
S'agit-il d'une première demande?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Veillez indiquer le montant qui est demandé.			
Veillez donner des détails sur le service ou les fournitures médicales qui doivent être remboursés* :			
Date(s) de l'achat :			
Êtes-vous abonné à Canada Vie (GWL)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce que la demande a été soumise à Canada Vie (GWL) sous la police 51089 ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si la réponse est affirmative, veuillez indiquer le montant qui a été remboursé.			
Est-ce que le demandeur a droit à des prestations en vertu d'un autre régime d'assurance ou gouvernemental?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si la réponse est affirmative, avez-vous fait une demande à cette autre compagnie d'assurance? Veuillez indiquer le montant qui a été remboursé.			
Le demandeur pourrait-il soumettre d'autres demandes pour ce service ou ces fournitures médicales?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>

Autorisation de l'employé ou du retraité

Je, _____, autorise le Comité du FAS à examiner ma demande et
(Nom en caractères d'imprimerie)
 atteste que les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et complets.
 J'autorise également les membres du Comité du FAS à échanger et à examiner les renseignements médicaux que je leur ai soumis aux fins d'évaluation de ma demande.

Signature : _____ Date : _____

À l'usage du Comité du FAS seulement.

- Le Comité du FAS recommande que les réclamations soient remboursées à 100 %.
- Le Comité du FAS ne recommande pas le remboursement de ces réclamations.
- Autre : _____

Montant total accordé à date (y compris cette demande) : _____ \$

* Veuillez ajouter une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace.