



Canadian Breast Cancer Network
Réseau canadien du cancer du sein

MODÈLE DE LISTE DE VÉRIFICATION

PLANIFICATION FINANCIÈRE POUR LE TRAITEMENT DU CANCER

REVENUS/ACTIFS

- Date de votre dernier jour de travail : _____
- Date de votre dernière paye complète : _____
- Prestations de maladie de courte durée commencent le : _____
- Assurance-emploi débute le : _____ prend fin le : _____
- Date à laquelle demander des prestations d'ILD : _____
- Date de début des prestations d'ILD (si la demande est approuvée)

Montant des prestations de maladie de courte durée (environ) _____ \$

Montant de l'assurance-emploi _____ \$

Montant des prestations d'ILD (environ) _____ \$ ou du RPC _____ \$

Prestations-maladie	Oui	Non	
Assurance médicaments	Oui	Non	Montant de la coassurance par Rx _____ \$

FACTURES

- | | | |
|---|----------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Loyer/Hypothèque | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Électricité/Hydro | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Cellulaire/Téléphone | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Eau | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Câble/Internet | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Prêt(s) | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Carte(s) de crédit | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Assurance | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Voiture (prêt/location) | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Prime d'assurance | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Cotisation pension/rente | _____ \$ | Échéance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre | _____ \$ | Échéance : _____ |

- Ai-je une assurance prêt (emprunts/cartes de crédit/hypothèque) ?

- Oui Non _____
- Quels comptes sont en souffrance et peuvent être négociés ou budgétés ?

 - Quels paiements peuvent être temporairement reportés ?

DÉPENSES

- Épicerie
- Essence/transport en commun
- Vêtements
- Fournitures médicales
- Ordonnances
- Soins des animaux de compagnie
- Services de garde d'enfants
- Soins aux personnes âgées
- Soins à domicile
- Massage/thérapie/counseling

Quelles dépenses pourraient : Augmenter ? Diminuer ? Être couvertes par des prestations ? Nécessiter une aide ?
--

POUR QUOI AURAI-JE LE PLUS BESOIN D'UN COUP DE MAIN ?

DE QUEL TYPE D'AIDE AURAI-JE BESOIN ? _____

QUELLES SONT MES PROCHAINES ÉTAPES ? _____

SOURCES D'AIDE

- Épargnes Montant : _____
- Famille Qui : _____
- Coordonnées d'organismes caritatifs : _____
