

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE SPÉCIALE POUR LE TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ

Renseignements personnels	
M. Mme	Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale) _____ (municipalité, province, code postal)	
N° de tél. au domicile : (____) _____ N° de tél. au travail : (____) _____	Adresse de courriel : _____
N° d'assurance maladie : _____	Date de naissance : ____/____/____ (mm/jj/aaaa)

Déclaration
<p>Je déclare solennellement que :</p> <ul style="list-style-type: none">• Je suis résident permanent à temps plein du N.-B., j'y vis habituellement et j'y ai une résidence.• J'ai des problèmes de fertilité, tels que diagnostiqués par un médecin et j'ai reçu des traitements à cet effet après le 1er avril 2014.• Le coût du traitement contre l'infertilité pour lequel je soumetts une demande d'aide financière n'est admissible à aucun autre programme provincial ou régime d'assurance dans le secteur privé.• Je comprends et j'accepte que je peux demander le remboursement des frais encourus à la suite d'interventions médicales et pour l'achat de produits pharmaceutiques liés au traitement de l'infertilité jusqu'à concurrence de 50 % du montant total ou 5 000 \$, selon le moins élevé des deux.• Je comprends et j'accepte que les frais encourus pour un traitement contre l'infertilité reçu à l'extérieur du N.-B. seront admissibles seulement si ce traitement particulier n'est pas offert au N.-B. J'ai joint à ma demande une lettre de confirmation émise par une clinique de fertilité du N.-B.• J'ai joint un document confirmant mon diagnostic d'infertilité ainsi qu'une facture ou un reçu original d'une clinique approuvée, où apparaît la date à laquelle le traitement contre l'infertilité (fécondation in vitro, insémination intra-utérine) a eu lieu.• Je comprends et j'accepte que j'ai droit à un remboursement unique et que je ne pourrai présenter d'autres demandes au cours des années à venir.• Je comprends et j'accepte que ma demande sera remboursée sous réserve de la disponibilité des fonds publics.
<p>Je, le demandeur, déclare que les renseignements fournis dans la présente demande et dans toute pièce jointe sont exacts et complets.</p> <p>Signature du demandeur : _____ Date : _____</p>

Veillez faire parvenir votre demande à l'adresse apparaissant au haut du présent formulaire.