



Fonds Ronald McDonald
pour les enfants Belgique
Ronald McDonald
Kinderfonds België

Formulaire de demande



Avant de compléter ce formulaire de demande, veuillez d'abord lire attentivement le formulaire d'information et d'accord concernant le traitement des données personnelles. Vous devez signer ce formulaire d'information et d'accord et le joindre au formulaire de demande.

Pour être repris de manière valable dans la sélection, nous vous demandons de compléter dûment ce formulaire de demande en lettres capitales, de le signer avec la mention 'lu et approuvé' et de le renvoyer accompagné du formulaire d'information et d'accord également signé au :

**Dr. Chantal Malevez
Président du Comité National de Sélection
Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola
Service de Stomatologie et Maxillo-Faciale
14 Avenue J.J. Crocq
1020 Bruxelles**

Nom du patient : _____
Adresse du patient : _____
Téléphone : _____
Date de naissance : _____

1. Composition du ménage:

	Nom	Date de naissance
Père		
Mère		
Frère(s)		
Soeur(s)		



1. Revenu brut du ménage (avec copie de la déclaration fiscale) :

2. Intervention / traitement faisant l'objet de la demande de soutien financier :

3. De quelle malformation souffre le patient?

4. Coût de cette intervention :

5. Justification médicale (pourquoi cette intervention est-elle nécessaire ?) :

2. Données de la mutuelle

1. Nom de la mutuelle où le patient est inscrit :

2. Adresse de la mutuelle :

3. Montant remboursé par la mutuelle :



4. Assurance complémentaire éventuelle dont le patient bénéficie :

3. Allocation familiale

Le patient bénéficie-t-il d'une allocation familiale majorée actuelle ?

Oui

NON

1. Nom et adresse de la caisse d'allocation :

4. Information générales

1. Clinique ou cabinet où le patient est traité :

2. Nom et coordonnées du médecin traitant :

3. Autres infos sur le patient que le Comité National de Sélection doit connaître ?

“lu et approuvé”, date et signature

Formulaire d'information et de consentement dans le cadre du traitement des données à caractère personnel

Veillez lire ce formulaire attentivement, le signer et le renvoyer accompagné du formulaire de demande.

Pour soumettre une candidature au projet "Offrons un sourire", vous devez fournir un certain nombre de données personnelles via le formulaire de demande. Si certaines de ces informations ne sont pas fournies, il se peut que la demande ne puisse pas être évaluée de manière adéquate et soit donc rejetée.

« L'Asbl Fonds Ronald McDonald pour les Enfants », située à Leonardo Da Vincilaan 19, 1831 Diegem, traite ces données en tant que responsable du traitement, conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, telle que modifiée par la loi du 11 décembre 1998.

Les données sont utilisées pour évaluer la demande d'une aide financière pour une opération dans le cadre du projet « Offrons un sourire ». En outre, ils sont utilisés pour informer la personne de son éligibilité pour recevoir une aide financière. Enfin, les données sont ensuite conservées pour pouvoir être analysées sur le long terme (statistiques internes en rapport avec le nombre de demandes, le nombre de demandes acceptées, le type de demandes.)

Les membres du Comité National de Sélection du projet « Offrons un sourire » ont accès à vos données. Le Comité National de Sélection prend connaissance des dossiers de demande et évalue la demande de soutien financier. Le Comité National de Sécurité est constitué de 6 médecins, 1 représentant de la Vereniging voor Aangeboren Gelaatsafwijking (VAGA) et 1 représentant de l'Association de Parents d'Enfants Nés avec une Fene Labio-Palatine (AFLAPA). Vous avez accès aux données personnelles vous concernant et pouvez les corriger à tout moment.

En signant ce formulaire, vous acceptez explicitement (i) le traitement des données de santé communiquées du patient pour lequel la demande est faite (ii) le traitement des autres données personnelles communiquées et (iii) que tous les membres du Comité National de Sélection aient accès à ces données.

Après avoir lu et compris ce formulaire, le soussigné déclare son accord,
Na dit formulier te hebben gelezen en begrepen, verklaart ondergetekende zich hiermee akkoord,

Nom du patient: _____

Nom et qualité du soussigné: _____

Signature: