VThis document contains both information and form fields. To read information, use the Down Arrow from a form field.

Date d’aujourd’hui



**Fonds d'aide INCA pour**

**propriétaires de chiens-guides**

**Demande de remboursement**

**de dépenses vétérinaires extraordinaires**

**Date d'aujourd'hui :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom du propriétaire du chien-guide :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No de téléphone :**

**( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nom et âge du chien-guide en service actif :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nom de l’école où le chien-guide a été formé :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom, numéro de téléphone et adresse du vétérinaire traitant :**

(Nota : INCA se réserve le droit de communiquer avec votre vétérinaire pour vérifier la nature du traitement.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Possédez-vous une assurance vétérinaire?** **Oui / Non**

**Si oui, une réclamation leur a-t-elle été soumise?** **Oui / Non** (donner la raison)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si oui, veuillez indiquer la portion de votre facture qui a été remboursée** (joindre une copie du remboursement)**:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certains organismes ou écoles de chiens-guides remboursent des dépenses vétérinaires.** Avant de faire une demande à INCA, avez-vous communiqué avec votre école de chiens-guides pour savoir si ces dépenses pouvaient être payées par cette école? **Oui/Non**

**Est-ce que votre école de chiens-guides a mis des fonds à votre disposition? Oui/Non**

**Si oui, veuillez indiquer la portion de votre facture qui a déjà été remboursée** (joindre une copie du remboursement)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Description de la maladie ou de la condition pour laquelle la facture est soumise (diagnostic)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Courte description du traitement ou service** (par ex., tests, consultation, analyse sanguine, hospitalisation, chirurgie, injections, intraveineuses, médicaments)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date du traitement : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Jour mois année

**Montant total réclamé** (à compter du 1er janvier 2014, la somme totale versée par année civile pour un chien-guide en fonction ne peut pas dépasser 650,00 $)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je certifie que les renseignements indiqués ci-haut sont vrais :** (inscrire votre nom ou votre signature sur le formulaire transmis par télécopie) :

**Signature ou nom inscrit en caractères d’imprimerie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Transmettre le formulaire par courriel à :** fondschiensguides@inca.ca

OU

Par télécopie : 416 480-7700 aux soins du gestionnaire du Fonds d’aide pour propriétaires de chiens-guides

**OU par la poste** **à** :

Gestionnaire du Fonds d’aide pour propriétaires de chiens-guides, 1929, avenue Bayview, Toronto (Ontario) M4G 3E8

**Options de remboursement :**

Remboursement au propriétaire de chien-guide : Si le traitement a été réalisé et que vous avez déjà payé le vétérinaire, une preuve de paiement\* doit être transmise à INCA au plus tard trois mois après la date du traitement.  
 Un paiement ne sera effectué que lorsque le chien-guide aura reçu le traitement.  
 Paiement au vétérinaire : Le paiement est versé au vétérinaire lorsque le requérant soumet une facture détaillée et demande que le paiement soit versé directement au vétérinaire.

**Procédure d’appel :**

Il peut en être appelé de la décision relative au financement de dépenses vétérinaires extraordinaires pour un chien-guide en service actif dans un délai de 30 jours de la date de la réception de la décision en transmettant une demande écrite d’appel au gestionnaire du Fonds.

\*La preuve de paiement (facture) doit inclure le nom du vétérinaire traitant, une liste détaillée des services ou médicaments fournis et le coût de chacun de ceux-ci.

Formulaire révisé le 6 novembre 2018