# Feuille de présentation

## Demande de soutien financier

de

_____

(Nom, prénom, en majuscule)

_____

(Date de naissance/jour/mois /année)

à

Help! – Wir helfen! e.V.

Eichenweg 6

D- 74545 Michelfeld

Germany

# Demande de soutien financier

## 1. Information sur l´association et sur l´utilisation du formulaire

### Qui sommes-nous?

L´organisation „Help! - Wir helfen! e.V.“ est une association caritative dont le siège est à Schwäbisch Hall (Allemagne) L´association soutient des projets, elle aide des personnes seules, surtout des enfants.et des adolescents afin que ceux-ci aient accès aux soins et à des thérapies dans le domaine médical, qu´il s´agisse d´opérations chirurgicales ou de médicaments (Le système social de leur pays ne pouvant les prendre en charge ni leur propre famille). Notre ligne de conduite de base est la suivante: Aider à s´aider soi-même.

### Quels sont les critères de base et les conditions?

Documents à nous faire parvenir

- Demande complète de soutien financier avec le nom du médecin traitant responsable avec le dossier et les photos du patient avant les soins thérapeutiques
- Dossier médical du docteur avec photos du patient après la thérapie.
- Droit d´exploitation du docteur des dossiers et des photos/radios de la thérapie médicale et de son déroulement dans les buts de publicité pour l´association „Help! - Wir helfen! e.V.“

L´engagement de soutien a une durée de 6 mois (par écrit).

### Comment se servir de la demande ?

La demande contient les coordonnées du patient (du concerné), sa situation financière ainsi que celle de son proche entourage. Elle contient aussi le soutien financier demandé pour la thérapie souhaitée. En pièce jointe, on y trouve le dossier médical complet, la thérapie proposée, les soins et les données de l´hôpital/des docteurs. Le formulaire de demande de soutien fait partie des critères de base envers les donateurs et soutiens de notre association-

Pour l´enquête de diagnostic, se référer aux paragraphes 7.1 à 7.3
Pour la documentation finale et celle du déroulement de la thérapie, se référer aux pages annexes du formulaire.

### A qui dois-je envoyer le dossier?

Envoyez les documents électroniquement (Scanner/Demande/Photos/Radios etc.) à:

**report@help-wirhelfen.de**

# Demande de soutien financier

## 2. Renseignements

### 2.1 Renseignements sur le patient

Nom, prénom(s)): _____

Sexe: □ féminin □ masculin □ divers nationalité: _____

Date de naissance (jour/mois/année): _____ lieu de naissance: _____

Âge: _____ Profession: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Téléphone: _____

### 2.2 Renseignements sur les parents (pour les mineurs)

| | Nom, prénom | Date de naissance | Profession |
|---|---|---|---|
| Père: | _____ | _____ | _____ |
| Mère: | _____ | _____ | _____ |

Numéro de téléphone (du père/de la mère) : _____

E-Mail: _____

### 2.3 Renseignements sur les personnes composant le ménage/la famille (mari/femme frères et sœurs)

| Nom/Prénom | Date de naissance | Ecole/Apprentissage |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

## 2.4 Besoin: Revenu net et mensuel de toutes les personnes appartenant au ménage ou à la famille

### 2.4.1 Revenu annuel

| | Concerné | Mari/Conjoint | Parents | Enfants | Autres |
|---|---|---|---|---|---|
| Salaire | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| Retraite | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| Subventions sociales | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| Allocations familiales | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| _____ | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| _____ | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| Somme intermédiaire | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |

**Somme finale** _____ **€**

### 2.4.2 Dépenses supplémentaires /médicales par an …

pour _____ _____ €

pour _____ _____ €

# Demande de soutien financier

**3. Frais et financement des soins et en plus, demande de la prise en charge du traitement**

**3.1 Montant total des soins** _____ €

de _____ € pour _____

de _____ € pour _____

de _____ € pour _____

se conférer au préavis des soins(jour/mois/année) _____

**3.2 Prise en charge partielle par une assurance maladie ou autre organisme** _____ €

□ Non □ oui, par (nom et numéro de téléphone):

_____

_____

**3.3 Prise en charge partielle par d´autres organisations/amis/famille etc.** _____ €

□ Non □ oui, par (nom et numéro de téléphone):

_____

_____

**3.4 Demande de prise en charge**

Nous demandons à „Help! - Wir helfen! e.V.“ une aide financière de _____ €

## 4. Renseignements sur l´hôpital/le cabinet médical/le médecin traitant

(1) Nom de l´hôpital durant le séjour (nom de la ville-numéro de téléphone et adresse e-mail) :

_____

_____

(2) Noms de tous les médecins traitants pour les soins hors de l´hôpital/ Nom/ville/Tél/e-mail):

_____

_____

## 5. Explications sur la demande du soutien financier de thérapie médicale

Je certifie que le montant de la somme demandée ne dépassera pas les 100% du montant total des soins. Le préavis médical est joint à la demande. Je certifie-en connaissance de cause et de bonne conscience- que les données sont justes.

Date: _____ _____

(Signature du patient ou de son tuteur légal)

## 6. Autorisation d´utilisation des documents et des photos.

Je, soussigné,

_____

(Nom du patient ou de son tuteur légal pour les mineurs)

autorise l´association „Help! - Wir helfen! e.V.“ à avoir les droits absolus pour recevoir, lire et agir pour les employés de l´hôpital, le personel médical etc. cela dit:

a) de publier ceux-ci par Copyright de „Help! - Wir helfen! e.V.“ sous leurs noms propres ou d´autres noms choisis

b) de les utiliser plusieurs fois et de les publier dans les médias, toujours dans le même contexte, individuellement ou avec d´autres photos (impressions, internet…) pour l´illustration d´informations, dans des buts publicitaires et cela sans être contraints à supprimer des passages.
Je suis d´accord à ce que mon nom soit cité dans tous les cas.

c) Les photos me représentant ainsi que les données pourront être transmises à une tierce personne pour être examinées. Elles pourront être enregistrées électroniquement et redistribuées.
Je renonce explicitement à tous mes droits envers l´association "Help - Wir helfen! e.V.“ C´est à dire envers les personnes ayant fait des prises de vue, des reportages, ainsi qu´envers les autres institutions (médecins/hôpitaux/etc.). Ceci est aussi valable en ce qui concerne les clichés de radiographies ou de sonographies etc.

J´ai lu ce texte avec ses conditions et je l´ai parfaitement compris.

_____

(Date et lieu)

_____ _____

(Nom en majuscule) (Signature du patient ou de son tuteur légal pour les mineurs)

## 7.1 Enquête de diagnostic pour les becs de lièvre et les malformations de la mâchoire et des lèvres

**1. Résumé du déroulement de la maladie ainsi que des maladies précédentes**

**2. Diagnostic (s)**

**3. Traitement médical prévu / But envisagé**

**4. Situation actuelle de la santé du patient / Statut du laboratoire**

**5. Document pré-opération (photos-radios etc.) sont à fournir**

## 7.2 Enquête de diagnostic pour les maladies des yeux (par ex. la cataracte) - Statuts des traitements.

**1. Diagnostic(s)**

_____

**2. Thérapie prévue**

□ **œil droit** □ **œil gauche**

_____

**3. Diagnostic des yeux avec documentation de photos et de radios**

| | L'œil droit | L'œil gauche |
|---|---|---|
| **Vision corrigée** | | |
| **Réfraction** | | |
| **Tension oculaire** | | |
| **Diagnostic avec lampe spéciale** | | |
| **Diagnostic de fond** | | |

**4. Informations supplémentaires importantes pour les maladies des yeux (Résumé des maladies avant la thérapie)**

_____

_____

_____

Information supplémentaire avant le financement d´une opération de la cataracte (d`après les normes de WHO degré 1): La vision binoculaire corrigée doit être inférieure à 0,3 (d´après la définition WHO degré 1)

## 7.3 Enquête de diagnostic pour les thérapies en général/opérations chirurgicales/ thérapies orthopédiques-Statuts préopératoire

**1. Résumé des déroulements médicaux**

_____

_____

_____

**2. Diagnostics**

_____

_____

**3. Thérapie proposée avec but envisagé.**

_____

_____

**4. Visite médicale corporelle.**

- Faculté de marcher avec ou sans aide

  _____

- Longueur de la distance parcourue. En mètres)

  _____

- Degré de douleur:
  - Au repos: prise régulière d´analgésiques repartie sur 24 h

    _____

  - En activité/marche: prise régulière d´analgésiques

    _____

- Déficits fonctionnels dans la vie quotidienne lesquels ?
- Motricité articulaire active des articulations concernées d´après la méthode de Neutral-0 (Extension (E) - Flexion (F)) par exemple pour l´articulation du genou :

  _____

  _____

- Motricité passive E-F

_____

- Stabilité de l´articulation

_____

**5. Statut du laboratoire.**

- Analyse de l´hémoglobine
- Nombre des cellules sanguines
- …

**6. Radiographies en 2 étapes**

- Scanner-Rayon X
- Fichier vidéos (jpeg-fichier)

**7. Photos du patient**

**8. Remarques**

_____

_____

_____

## Annexe 1

# Statut après les soins d´un bec de lièvre, du palais et des lèvres (CLEFT)

**1.La thérapie a-t-elle été réussie?**

□oui □ non

**2.Il faut continuer les soins. Une autre intervention chirurgicale est impérative. Nouvelle demande d´entervention suit**

□ oui □ non

**3. Photo définitive de l´intervention avec cicatrisation de la plaie doit être jointe.**
**Cela veut dire**

- Pour le bec de lièvre :Prise de vue avec un visage qui sourit
- Après une intervention du palais: La tête complète avec des prises de vue sur les mâchoires et le palais

## Annex 2

## Statut après la thérapie de la maladie des yeux (par ex. la cataracte)

**1.La thérapie a été un succès**

□ oui □ non

**2.On doit continuer les soins. Une autre intervention chirurgicale est impérative. Une nouvelle demande va suivre.**

□ oui □ non

**3. Ci-joint une documentation de photos comme :**

- Photo du visage du patient
- Photo significative du résultat de l´intervention chirurgicale (œil)

## Annexe 3a

## Statut post thérapie (10 à 14 jours après la thérapie) pour Général/Chirurgie après accident/Thérapie orthopédique)

**1. Compte-rendu du développement de la thérapie/Événements non souhaités/Complications**

_____

_____

_____

**2. Thérapie:**

_____

_____

**3. Kinésithérapie impérative:** □ oui □ non

_____

**4. Sortie de l´hôpital:** après _____ jours

_____

**5. Soins hors hôpital impératifs:** □ oui □ non

Si oui, lesquels? _____

Orthèse/Bandage impératif? □ oui □ non

**6. Bonne cicatrisation:** □ oui □ non

_____

**7. Signe d´infection:** □ oui □ non

**8. Radiographies post opératives (Scanner) :** □ ci-jointes

**9. Remarques**

_____

_____

## Annexe 3b

## Statut après la thérapie (entre 6 bis 8semaines) pour

## Médecine générale/Chirurgie d´accident/Thérapie orthopédique.

**1. Date du dernier contrôle:**

_____

**2. Ennuis du patient:**

_____

_____

**3. Signes d´infection:** □ oui □ non

**4. Statut fonctionnel:**

- Mesure de motricité active de l´articulation d´après la méthode de Neutral-0- (Extension (E) – Flexion (F)) par exemple pour le genou 10-0-90

  _____

  _____

- Motricité passive de l´articulation(E-F):

  _____

  _____

- Sensibilité de l´articulation:

  _____

- Signe d´atrophie musculaire des extrémités concernées: □ oui □ non
- Signe d´enflements: □ oui □ non
- Plaie sans réflexe guérie: □ oui □ non
- Distance de parcours sans aide en mètres: _____
- Aides impératives: □ oui □ non

# Demande de soutien financier

**5. Documentation de photos du patient:** □ ci-jointes

**6. Radiographies sur 2 niveaux:**

- Scanner/ sonographies 6 semaines après l´opération □ ci-jointes

**7. Thérapies suivantes impératives:** □ oui □ non

Si oui, lesquelles? _____

_____

**8. Remarques:**

_____

_____