



Demande de soumission

Projet All4life

Informations et conditions

- Être un enfant, adolescent, ou jeune adulte en traitement, en rémission ou guéri d'un cancer jusqu'à l'âge de 30 ans révolus au moment de la demande et pouvoir l'attester par un médecin ou un professionnel de la santé.
- Être domicilié en Suisse romande.
- La demande doit concerner un "projet" qui pourra améliorer le quotidien de l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte, l'aider dans sa vie de tous les jours ou dans sa vie future.
- La prestation ne doit pas être prise en charge par les différentes assurances.
- Fournir un justificatif pour que Zoé4life procède au remboursement ou paiement.
- La demande est évaluée par Zoé4life qui déterminera si le projet est éligible pour un soutien et de quelle somme est allouée au projet. Elle peut être partielle ou totale.
- All4life ne vit que grâce aux dons récoltés par Zoé4life et cette dernière se réserve le droit de refuser une demande sans justification.
- Une demande peut être renouvelée l'année suivante, mais ne sera pas automatiquement acceptée (en fonction du budget).
- Merci d'annexer tous les justificatifs nécessaires pour compléter votre demande (facture, offre, courrier AI ou assurances, certificat, lettre d'un médecin, etc.).

Les demandes sont à envoyer par courrier à Zoé4life, 1036 Sullens, ou par courriel à l'adresse : contact@zoe4life.org.

Indications concernant le soumissionnaire

Nom et prénom :	
Date de naissance :	
Adresse de domicile :	
NPA et Localité :	
Adresse mail et N° de tél :	
Diagnostic :	
Date et lieu de traitement :	
Médecin référent (nom et n° de téléphone) :	

Indications concernant la demande

Veillez détailler votre demande.

Veillez justifier votre demande en mentionnant comment ce projet pourra améliorer votre quotidien (ou celui de votre enfant pour les petits enfants), vous aider dans la vie de tous les jours ou dans votre futur.

Montant nécessaire pour votre projet : _____

Coordonnées bancaires ou postales pour le remboursement

Nom de la banque / poste	
IBAN	
Titulaire du compte	

Nom et prénom d'un représentant légal (pour les mineurs) : _____

Signature du demandeur ou de son représentant légal : _____

Signature du médecin (oncologue ou généraliste) : _____

