Cadre adresse à modifier selon le CD

COMITÉ DÉPARTEMENTAL des Bd R…
430 AV de lattre de tassigny – resid valmont redon
13009 marseille
Tel :04.91.41.00.20
Mail : cd13@ligue-cancer.net

Cadre réservé au Comité XX

Dossier n° …….

Reçu le ……..

Certificat vu ☐

COMMISSION SOCIALE
DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Les aides financières sont des aides ponctuelles qui doivent permettre aux malades ou à leurs familles de faire face aux difficultés financières engendrées par la maladie. Elles ne se substituent pas aux prestations légales, et interviennent dans l'attente ou en complément du versement de ces prestations.

Pour tout renseignement ou toute précision relatifs à cette demande ou aux actions de la Ligue, n'hésitez pas à contacter le Comité départemental.
L'aide aux malades à la Ligue c'est aussi : l'accueil des malades et de leurs proches, de l'information, une écoute, la visite de bénévoles, un soutien psychologique, des ateliers divers….

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE

▶ Coordonnées du malade

☐ Malade décédé

☐ **M.** ☐ **Mme** ☐ **Mlle**

Nom :……..……Prénom :……

Né(e) le : ……Téléphone :……:……

Adresse : …… ……

Code Postal :……..Ville :……..……..

▶ Situation familiale

☐ Célibataire
☐ Marié(e)
☐ Vie maritale
☐ Divorcé(e)
☐ Séparé(e)
☐ Veuf (ve)
☐ Mineur
☐ Pacsé(e)

▶ Famille monoparentale

☐ OUI
☐ NON

▶ Nombre de pers au foyer

……

▶ Quotient familial :

▶ Renseignements concernant la famille

- **Conjoint(e) / Compagnon(e)**
  Nom :……..Prénom : ……
  Né(e) le : ……Profession : ……
- **Enfants**

				à charge		Au foyer	
Nom	Prénom	Age	Activité	oui	non	oui	non
				❑	❑	❑	❑
				❑	❑	❑	❑
				❑	❑	❑	❑
				❑	❑	❑	❑

Rubrique à renseigner obligatoirement

▶ Profession de la personne malade ……

Catégorie professionnelle	Actifs ?	Statut
☐ Agriculteur	☐ OUI ➔	☐ Salarié
☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise		☐ Fonctionnaire
☐ Cadre, profession intellectuelle supérieure		☐ Profession libérale
☐ Ouvrier, employé		☐ Indépendant
☐ Jamais d'activité professionnelle		☐ Demandeur d'emploi
☐ Retraité		☐ En arrêt de travail
	☐ NON ➔	☐ Retraité
		☐ Personne au foyer
		☐ Etudiant-scolarisé
		☐ Personne en invalidité
		☐ Personne handicapée

▶ Régime de sécurité sociale

☐ MSA ☐ Régime fonction publique ☐ Régime général ☐ Régimes spéciaux ☐ RSI

▶ Prévoyance

☐ AME ☐ CMUC ☐ Complémentaire santé ☐ Sans complémentaire santé

▶ Surendettement Dossier déposé à la BF ou en cours ☐ OUI ☐ NON

▶ Budget (formulaire possible sous excel).

RESSOURCES MENSUELLES		CHARGES MENSUELLES	
⇨ SALAIRES		**⇨ HABITATION**	
Monsieur		Loyer	
Madame		Accession à la propriété	
Enfants au foyer		EDF-GDF	
		Eau	
⇨ RETRAITE, PENSION D'INVALIDITE, AAH		Chauffage	
		Téléphone	
Monsieur		Autres	
Madame			
Enfants au foyer			
⇨ ALLOCATION RETOUR A L'EMPLOI (Ex ASSEDIC)		**⇨ ASSURANCES**	
Monsieur		Mutuelle	
Madame		Logement	
Enfants au foyer		Voiture	
⇨ R.S.A. Revenu de Solidarité Active			
Monsieur			
Madame		**⇨ FRAIS DE SCOLARITE**	
Enfants au foyer		……	
		……	
⇨ INDEMNITES JOURNALIERES			
Monsieur		**⇨ EMPRUNTS ET CREDITS**	
Madame		……	
Enfants au foyer		……	
⇨ PRESTATIONS FAMILIALES		**⇨ PENSIONS ALIMENTAIRES**	
Allocation familiales		……	
Aide au logement			
Autre		**⇨ AUTRES CHARGES**	
		……	
⇨ PENSIONS ALIMENTAIRES		……	
……		……	
⇨ AUTRES RESSOURCES			
……			

TOTAL			TOTAL	

DETTES

Loyers, factures impayées, retards de crédits, découverts bancaires, autres ...

……
……
……
……
……
……
……
……

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

▶ Renseignements concernant le travailleur social

Nom :……Organisme :……

Adresse :……

Permanence :……Téléphone : ……Mail : ……

▶ Date de la demande : ……

☐ Demande en urgence

▶ Exposé de la situation (Vous pouvez joindre votre rapport sur une page libre)

Objet de la demande :

Exposé de la situation :

Date :

Signature du travailleur social :

▶ Détails sur l'aide sollicité

Montant de l'aide sollicitée : ……
Bénéficiaire : ***ordre du chèque*** : ……

▶ Aides sollicitées auprès d'autre organisme

Organismes	date de la demande	montant sollicité	montant obtenu
☐ CARSAT	……/……/……	……	……..
☐ CAF	……/……/……	……	……..
☐ MSA	……/……/……	……	……..
☐ CE	……/……/……	……	……..
☐ Autre (préciser) ……..	……/……/……	……	……..

▶ Pièces à joindre au dossier

- **Certificat médical** mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le médecin traitant ou le cancérologue. A adresser sous pli cacheté au médecin conseil de la commission. **Sans certificat médical, le dossier ne pourra être examiné.**
- **Factures ou devis des frais liés à la demande d'aide**
- **Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande (copie du dossier d'imposition…)**

➔ DECLARATION DU DEMANDEUR

☐ Je reconnais avoir pris connaissance des éléments contenus dans le dossier et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.

☐ En cas de décision favorable de la Ligue, je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire désigné ci-dessus.

Date :

Signature :

NB : La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux éléments saisis pour ce dossier. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles concernant l'usager.