CONTRE LE CANCER
LA LIGUE
Ligue Contre le Cancer
Hauts-de-Seine

MAINTIEN A DOMICILE

Dispositif pour les personnes de moins de 60 ans ou plus si en activité

N°

Demandeur :

Patient ☐ 1er demande ☐ Renouvellement

Nom/Prénom			Né (e) le	

Adresse

Code Postal/Ville |_|_|_|_|_|

Tél :

Situation familiale ☐Marié(e) ☐veuf (ve) ☐Célibataire ☐séparé(e) ☐divorcé(e)

N° SS |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Composition de la famille

Famille suivie depuis le :

Nom-Prénom	Date de Naissance	Parenté	Décès	Profession	Observations

Situation Financière

(Joindre les justificatifs de ressources et de charges)

Ressources mensuelles	Montant
Salaires	
Prestations CAF	
Prestations ASSEDIC	
Prestations CPAM	
Pensions	
Autres	
Total R	

Charges mensuelles	Montant
Loyer et charges	
EDF/GDF	
Assurances	
Taxes (foncière-habitation)	
Impôts	
Crédits	
Autres	
Total C	

Moyenne journalière/personne : ____ **(R-C)/N / 30**

Assistante Sociale :
Adresse :

Téléphone : ***Fax :***

Joindre un certificat médical détaillé descriptif établi sur papier à en-tête, indiquant la nature de la maladie et la situation clinique actuelle, signé par le médecin traitant et adressé sous pli cacheté au Médecin de la Commission Sociale.

Exposé de la situation

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Date : ／ ／20

Cachet de l'établissement

Signature de l'Assistante Sociale :

Renseignements complémentaires

- Avez-vous déjà sollicité la Ligue pour ce malade ? ☐ **OUI** ☐ **NON**
- Etablissement dans lequel le malade est suivi **:**

La présente enquête doit être adressée dûment complétée et signée, accompagnée de toutes les pièces énumérées ci-dessus à :

SERVICE SOCIAL
LIGUE CONTRE LE CANCER
Comité des Hauts-de-Seine
3 - 7 Avenue Paul Doumer 92500 RUEIL-MALMAISON

▭▭▭

Toute demande reçue incomplète sera rejetée.

IMPORTANT

- **Une participation forfaitaire est demandée par rapport à la situation financière.**
- **L'aide accordée est de 50 heures.**
- **Un renouvellement exceptionnel de 30 heures peut être demandé selon l'actualité de la situation sociale et médicale du patient.**

Tél: 01 55 69 18 18 Fax: 01 47 21 76 93