

COMMISSION SOCIALE

DEMANDE : Aide financière Maintien à Domicile

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE

Adresse : **242, Boulevard Jean Jaurès**
92100 Boulogne-Billancourt

Tel : **01 55 69 18 18**

Mail : **commission@liguecancer92.org**

Dossier n°

Reçu le

Certificat vu

Renseignements concernant le travailleur social à l'origine de la demande

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

Permanence :

Téléphone : Mail :

La demande : Demande en urgence

Les aides financières sont des aides ponctuelles qui peuvent 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 relative à cette demande ou aux actions de la Ligue, n'hésitez pas à contacter le Comité des Hauts-de-Seine

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....

Pièces à joindre au dossier :

- **Certificat médical** avec un descriptif complet 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.** Un modèle vous est proposé si besoin.

- **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 si nécessaire...)**

Les informations recueillies sont nécessaires pour traiter votre demande d'aide financière. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à ces informations.

Vous pouvez l'exercer en vous adressant à : Christopher Gardinier, Chargé d'aide aux malades, joignable au 01 55 69 18 14 ou à cgardinier@liguecancer92.org

Renseignements concernant le malade et sa famille

Coordonnées du malade :

M. Mme Enfant

N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _

Nom:.....Prénom :.....

Date de naissance :.....

Adresse :

Code Postal : Ville:

Téléphone :

Malade décédé

Situation familiale

personne seule sans enfants à charge

personne en couple sans enfants à charge

personne seule avec enfants à charge

personne en couple avec enfants à charge

Renseignements concernant la famille

Nombre de personnes au foyer:.....

Nom	Prénom	Parenté avec le demandeur	Date de naissance	Situation scolaire, professionnelle

Profession de la personne malade ou dernière profession exercée :

.....

Catégorie socio-professionnelle (INSEE):

Agriculteur

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre supérieur, profession intellectuelle

Profession intermédiaire

Ouvrier, employé

Jamais d'activité professionnelle

Retraité

Statut :

Actif :

Salarié Fonctionnaire

Profession libérale Indépendant

Demandeur d'emploi En arrêt de travail

Si inactif :

Retraité Personne au foyer

Etudiant-scolarisé Personne en invalidité

Personne handicapée

Régime de sécurité sociale :

- MSA Régime fonction publique Régime général Régimes spéciaux RSI

Complémentaire santé :

- AME CMUC ACS Complémentaire santé Sans complémentaire santé

Surendettement - Dossier déposé à la Banque de France ou en cours de constitution :

- OUI NON

Budget mensuel du foyer (formulaire possible sous excel)

RESSOURCES MENSUELLES

Origine	Demandeur	Conjoint(e)	Autre :.....	Total
Salaire, revenus d'activité				
Indemnités chômage				
Indemnités journalières, compléments d'IJ				
Retraite, pension d'invalidité, AAH (rayer la mention inutile)				
RSA				
Prestations familiales, aide au logement				
Pension alimentaire				
Autres ressources (précisez)				
Total				

CHARGES MENSUELLES

Origine	Montant
Loyer ou frais d'accession à la propriété et charges (locatives, de copropriété)	
Eau, électricité, gaz	
Téléphone, internet	
Assurances habitation, responsabilité civile, véhicule	
Complémentaire santé : Le nom.....	
Crédits (hors crédit immobilier)	
Impôts	
Autres (précisez)	
Transport	
Total	

RESTE POUR VIVRE (Ressources - charges / nombre de parts)¹ =

¹ Nombre de parts : 1 personne = 1 part sauf pour les personnes seules = 1,5

Aides sollicitées auprès d'autres organismes :

Organismes	Date	Montant	Décision

Renseignements concernant la demande

MOTIF DE LA DEMANDE :

MONTANT DE L'AIDE SOLLICITÉE :

BÉNÉFICIAIRE : ORDRE DU CHÈQUE :

Le chèque sera adressé au travailleur social qui le remettra au demandeur.

Exposé de la situation (Veuillez joindre votre rapport sur papier libre en incluant les informations suivantes)

Objet de la demande :

Exposé de la situation :

Date :

Nom, Prénom :

Signature du travailleur social :

Déclaration du demandeur

J'autorise le Comité des Hauts-de-Seine de la Ligue Nationale contre le Cancer à numériser ces informations le temps que le dossier soit traité.

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 :

Nom, Prénom :

Signature :