



SEINE-MARITIME

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE SEINE-MARITIME

Adresse : 39 rue de l'hôpital BP 512
76005 ROUEN CEDEX

Tel : 02.35.89.20.26

Mail : cd76@ligue-cancer.net

Cadre réservé au Comité 76

Dossier n°

Reçu le

Certificat vu

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

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

.....

Téléphone : Mail :

La demande : Demande en urgence

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....

► 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.** 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...)**

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 : [indiquez-ici le service et/ou la personne à qui s'adresser ainsi que ses coordonnées : téléphone et e-mail]. »

→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE

► Coordonnées du malade

Malade décédé

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

► 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

Rubrique à renseigner obligatoirement

► Profession de la personne malade

Catégorie socio-professionnelle

- Agriculteur
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Ouvrier, employé
- Jamais d'activité professionnelle
- Retraité

Statut

- Salarié
- Fonctionnaire
- Profession libérale
- Indépendant
- Demandeur d'emploi
- En arrêt de travail
- Personne au foyer
- Etudiant-scolarisé
- Personne en invalidité
- Personne handicapée

► Prévoyance

AME Complémentaire santé Sans complémentaire santé

Complémentaire Santé Solidaire : non participative participative

► Budget mensuel du foyer (formulaire possible sous excel)

RESSOURCES MENSUELLES

Ressources	Demandeur	Conjoint(e)	Autre :...	Total
Salaire, revenus d'activité				
Indemnités chômage				
Indemnités journalières				
Compléments d'IJ (si pas de cplt IJ voir pourquoi)				
Retraite, pension d'invalidité, AAH (rayer la mention inutile)				
RSA				
Prestations familiales, aide au logement				
Pension alimentaire				
Autres ressources				
Total				

CHARGES MENSUELLES

Charges	Montant
Loyer ou frais d'accession à la propriété <u>et</u> charges (locatives, de copropriété)	
Eau, Électricité, Gaz	
Téléphone, Internet	
Assurance (maison, civile, véhicule)	
Complémentaire santé : précisez le nom	
Crédits (hors crédit immobilier)	
Impôts	
Scolarité, cantine, garde, pension alimentaire	
Transport	
Total	

RESTE POUR VIVRE PAR JOUR ET PAR PERSONNE (Ressources – charges / nombre de personnes* / 30 jours)

=

SURENDETTEMENT – DOSSIER DEPOSE A LA BANQUE DE FRANCE OU EN COURS OUI NON

*Personnes vivant sous le même toit

► Aides sollicitées auprès d'autre organisme

Organisme	Date	Montant	Décision

► Le malade a-t-il déjà bénéficié d'une aide financière de la part de la Ligue contre le cancer

OUI* NON

*Si oui, précisez : la ou les dates

le ou les montants des sommes accordées

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

MOTIF DE LA DEMANDE :

MONTANT DE L'AIDE SOLLICITEE :

BENEFICIAIRE DE L'AIDE :
LA PERSONNE MALADE :

Ou
UN TIERS (PERSONNE PHYSIQUE)

NOM - PRENOM :

LIEN AVEC LA PERSONNE MALADE :

► **Exposé de la situation (Vous pouvez joindre votre rapport sur une feuille libre)**

Objet de la demande :

.....

Exposé de la situation :

Date :

Signature du travailleur social :

➔ **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 :