



Nom du travailleur social à l'origine de la

demande:

Organisme :

Adresse :

.....

Téléphone

Mail :

(Cadre réservé au comité)

Dossier n° :

COMMISSION SOCIALE

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Les aides financières sont des aides ponctuelles qui doivent permettre aux malades et/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.

Pièces à joindre au dossier :

- Un certificat médical mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le médecin traitant ou le cancérologue : ce certificat est à adresser sous pli cacheté au médecin de la commission sociale ; **sans certificat médical, le dossier ne pourra être examiné.**
- Les factures ou devis des frais liés à la demande d'aide.
- Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande (justificatifs de ressources, de charges, etc.).

Demande à traiter lors de la commission sociale mensuelle

Demande à traiter en **urgence** (uniquement pour les aides alimentaires et les aides humaines à domicile)

DOSSIER COMPLET à envoyer à :

helene.steiner@ligue-cancer.net

Ligue Contre Le Cancer -Comité du Bas Rhin
21 rue des Francs Bourgeois
67000 STRASBOURG

Tel : 03.88.24.71.88

Consentement éclairé de communication de données sensibles

« Les informations recueillies sont nécessaires pour pouvoir statuer sur votre demande d'aide financière et sont enregistrées dans le logiciel SAID de la Ligue contre le cancer. Elles sont destinées au siège de la Ligue contre le cancer ainsi qu'à votre comité départemental et aux tiers mandatés par le responsable des traitements à des fins de gestion interne. La Ligue contre le cancer s'engage à ne pas transférer vos données en dehors de l'Union Européenne. Ces données ne feront l'objet d'aucun échange.

Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée par le règlement général sur la protection des données, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment concernant l'utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation ou effacement, en contactant votre comité départemental par mail cd67@ligue-cancer.net ou par courrier adressé à la Ligue contre le Cancer, Comité du Bas-Rhin, 21 rue des Francs Bourgeois 67000 Strasbourg. Elles sont conservées pendant toute la durée légale de conservation des pièces comptables (10 ans).

Pour des demandes complémentaires d'informations ou en cas de problème d'exercice de vos droits, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données du siège de la Ligue nationale contre le cancer par mail : dpo@ligue-cancer.net ou par courrier : DPO de la Ligue contre le cancer - 14 rue Corvisart 75013 Paris.

Conformément à l'article 9 du règlement général sur la protection des données (RGPD), merci de bien vouloir nous donner votre consentement éclairé, libre et volontaire afin de pouvoir figurer dans notre fichier SAID. Ce fichier a pour finalité principale « la gestion et le suivi des demandes d'aides financières à destination des personnes malades ou de leurs proches » Les finalités secondaires sont l'élaboration de statistiques d'usage à des fins d'édition de rapport d'activité et de rapport de plaidoyer».

Les données collectées sont des données d'état civil (nom, prénom, adresse etc.), des données hautement personnelles : situation de famille, données économiques et financières (revenus, situation financière, etc...), des données sensibles de santé (certificat médical). »

Pour être recevable, tout dossier doit impérativement être signé par le demandeur et le travailleur social.

<p><u>Le demandeur</u></p> <p>Je sollicite une aide financière du Comité XX de la Ligue contre le cancer et déclare, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués. En cas d'une décision favorable, je donne mon accord pour que le versement soit effectué aux destinataire(s) désigné(s) dans l'exposé de la situation. Je donne mon accord pour que le travailleur social et le médecin référent soient informés de la suite donnée à ma demande.</p> <p><u>Mettre la mention « bon pour consentement »</u></p> <p><u>Date :</u></p> <p><u>Signature :</u></p>	<p><u>Le travailleur social</u></p> <p>J'atteste avoir pris connaissance des pièces justificatives en lien avec cette demande.</p> <p><u>Date</u></p> <p><u>Signature</u></p>
---	--

Renseignements concernant la personne malade et sa famille

COORDONNEES DE LA PERSONNE MALADE :

M. Mme Enfant

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

SITUATION FAMILIALE :

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

COORDONNEES DU DEMANDEUR SI DIFFERENT DE LA PERSONNE MALADE (précisez le lien) :

NOM et Prénom : _____

Adresse (si différente): _____

Code postal : _____ Ville : _____

COMPOSITION DU FOYER DU DEMANDEUR

	Nom	Prénom	Age	Situation professionnelle ou autre (salarié, retraité, demandeur d'emploi...)
Madame				
Monsieur				
Enfant(s) à charge				
Autre(s) personne(s) au foyer (précisez le lien avec la personne malade)				

REGIME DE SECURITE SOCIALE DE LA PERSONNE MALADE

Régime général ou local MSA RSI

Régimes spéciaux (précisez) :..... Fonction publique

BUDGET MENSUEL DU FOYER

RESSOURCES MENSUELLES		
	demandeur	autre personne au foyer
REVENUS		
Salaires ou revenus non-salariés		
Allocation chômage		
Retraite / retraite complémentaire / pension reversion		
RSA		
INDEMNISATION MALADIE / HANDICAP		
Indemnités journalières		
Complément d'IJ		
Pension d'invalidité		
AAH / AEEH		
APA / PCH		
AUTRES		
Allocation logement ou APL		
Autres ressources (ex : pension alimentaire, bourse...) :		
Total		

CHARGES MENSUELLES	
LOGEMENT	
Loyer (<u>APL non déduite</u>)	
Accession à la propriété	
Chauffage, électricité, eau	
Autres (à préciser) :	
ASSURANCES	
Habitation	
Véhicule	
Mutuelle	
IMPOTS, REDEVANCES	
Impôt sur le revenu	
Impôts locaux + redevance TV	
Autres (à préciser) : Ordures ménagères	
DIVERS	
Scolarité, cantine, transport scolaire, frais de garde	
Pension alimentaire	
Aide à domicile	
Transport	
Téléphonie/téléassistance	
Crédits (hors crédit immobilier)	
Autres (à préciser) :	
Total	

Reste pour vivre mensuel (Ressources - Charges / nombre de parts) = €/ mois

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

AIDES SOLLICITEES AUPRES D'AUTRES ORGANISMES (AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS)

ORGANISME	DATE	MONTANT	DECISION

Dossier de surendettement : Oui Non

SYNTHESE DE LA SITUATION

Précisez les éléments qui mettent en évidence les difficultés rencontrées par la personne ou ses proches, créées ou aggravées par le cancer (1 page maximum)

Montant de l'aide sollicitée :

En cas d'accord, secours à verser au :

Demandeur

Par chèque

En bons alimentaires

Tiers :
(uniquement par chèque)

Précisez les coordonnées du (ou des) tiers :