

Dossier n°

Reçu le

Certificat vu

COMMISSION SOCIALE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Renseignements concernant le travailleur social (assistant socio-éducatif, assistant social, assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur, animateur de développement social) **à l'origine de la demande**

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

.....

Permanence :

Téléphone :

Mail :

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 doivent être réalisées seulement après les demandes des autres organismes.

Le demandeur a sollicité des aides auprès d'autre organisme

OUI NON



Tout dossier de demande d'aide financière doit être complété et envoyé par un travailleur social. Les dossiers incomplets et/ou non signés par le travailleur social, seront automatiquement retournés sans être traités.

► **Pièces à joindre obligatoirement au dossier (Cocher et numéroter) les pièces**

- 1- 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.
- 2- Copie du dernier avis d'imposition**
- 3- Factures ou devis des frais liés à la demande d'aide**
- 4- Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande**
- 5- En cas de décès, ajouter l'acte de décès de la personne malade**

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.

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE

► Coordonnées du malade

M. Mme Mlle Malade décédé
Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone :

► Situation familiale

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Séparé(e) | Famille monoparentale
<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Veuf (ve) | |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale | <input type="checkbox"/> Mineur | |
| <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | |
| | | |

► Renseignements concernant la famille

Nombre de personne au foyer :.....

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

► Profession de la personne malade

Nature du poste occupé ou précédemment occupé : _____

Catégorie socio-professionnelle

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

Statut

- | | | |
|---|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Salarié | } | Actif |
| <input type="checkbox"/> Fonctionnaire | | |
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | | |
| <input type="checkbox"/> Indépendant | | |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi | | |
| <input type="checkbox"/> En arrêt de travail | | |
| <input type="checkbox"/> Retraité | } | Inactif |
| <input type="checkbox"/> Personne au foyer | | |
| <input type="checkbox"/> Etudiant-scolarisé | | |
| <input type="checkbox"/> Personne en invalidité | | |
| <input type="checkbox"/> Personne handicapée | | |

► Régime de sécurité sociale

- MSA Régime fonction publique Régime général Régimes spéciaux RSI

► Prévoyance

- AME CSS Complémentaire santé Sans complémentaire santé

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

- OUI NON

► Budget mensuel du foyer

RESSOURCES MENSUELLES	
SALAIRES, REVENUS D'ACTIVITE	MONTANTS en €
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant au foyer	<input type="text"/>
INDEMNITÉS CHÔMAGE	
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant au foyer	<input type="text"/>
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, COMPLÈMENTS D'IJ	
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant au foyer	<input type="text"/>
RETRAITE, PENSION D'INVALIDITÉ, AAH (RAYER LA MENTION INUTILE)	
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant au foyer	<input type="text"/>
R.S.A	
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant	<input type="text"/>
ALLOCATION RETOUR A L'EMPLOI (EX ASSEDIC)	
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant au foyer	<input type="text"/>
PRESTATIONS FAMILIALES AIDE AU LOGEMENT	
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant au foyer	<input type="text"/>
PENSIONS ALIMENTAIRES.	
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant au foyer	<input type="text"/>
AUTRES RESSOURCES	
Demandeur	<input type="text"/>
Conjoint(e)	<input type="text"/>
Enfant au foyer	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>

CHARGES MENSUELLES	
HABITATION	MONTANTS en €
Loyer <u>et</u> charges locatives	<input type="text"/>
Frais d'accession à la propriété et charges (échéance crédit immobilier...)	<input type="text"/>
Eau, électricité, gaz	<input type="text"/>
Téléphone, internet	<input type="text"/>
ASSURANCES	
maison, civile	<input type="text"/>
véhicule	<input type="text"/>
Complémentaire santé : précisez le nom	<input type="text"/>
EMPRUNTS ET CREDITS	
Crédits (hors crédit immobilier)	<input type="text"/>
FRAIS DE SCOLARITE	
Scolarité, cantine, garde	<input type="text"/>
PENSIONS ALIMENTAIRES	
Pensions	<input type="text"/>
TRANSPORTS	
Abonnements, forfaits, péages	<input type="text"/>
AUTRES CHARGES	
Autres	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>

► DETTES

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

.....

.....

.....

.....

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

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

→ 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.

→ Consentement éclairé de communication de données sensibles

Dans le cadre des aides proposées par la Ligue contre le cancer (comité 30), les informations recueillies dans ce formulaire, sont nécessaires pour statuer sur votre demande d'aide financière. Elles sont enregistrées dans le logiciel du comité. Elles sont destinées à votre Comité Départemental (30), aux tiers mandatés par le responsable des traitements à des fins de gestion interne.

Ces données ne seront ni transmises ni échangées en dehors des services cités ci-dessus.

*Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment concernant l'utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation, effacement, par mail :
cd30 @ligue-cancer.net*

En cas de demandes d'informations complémentaires ou en cas de problème d'exercice de vos droits, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données, au siège de la Ligue contre le cancer dpo@ligue-cancer.net ou par courrier DPO 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 données collectées sont celles que vous avez fournies dans votre demande d'aide à savoir :

Des données d'état civil (nom, prénom, adresse etc.) ;

Des données personnelles : situation de famille, données économiques et financières (revenus, situation financière, R.I.B., Etc.) ;

Des données sensibles : de santé (certificat médical).

Fait à :

Le :

Nom :

Prénom :

Signature (faire précéder la signature de la mention « bon pour consentement »):