



LIGUE CONTRE LE CANCER
COMITE de L'ISERE
8 rue Général Ferrié 38100 Grenoble
Tel : 04.76.47.63.63
mail : cd38@ligue-cancer.net

Version janvier 2021B

Dossier n°

Reçu le

Certificat vu

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, un soutien psychologique,

Nous attirons votre attention sur l'importance de prendre connaissance et de signer le document page 7
« Consentement éclairé de communication de données sensibles »

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE

► **Coordonnées du malade** Malade décédé

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Né(e) le : Téléphone :

Adresse :

Code Postal : Ville :

► **Situation familiale**

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

► **Nombre de pers au foyer :**

► **Quotient familial :**

► **Renseignements concernant la famille**

■ **Conjoint(e) / Compagnon(e)**

Nom : Prénom :

Né(e) le : Profession :

■ **Enfants**

Nom	Prénom	Age	Activité	à charge		Au foyer	
				oui	non	oui	non
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► **Profession de la personne malade**

Catégorie 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

► **Régime de sécurité sociale**

- MSA Régime fonction publique Régime général Régimes spéciaux RSI

► **Prévoyance**

- AME C2S sans participation C2S avec participation Complémentaire santé
 Sans complémentaire santé

► **Surendettement Dossier déposé à la BF ou en cours** OUI NON

► Budget (formulaire possible sous excel).

RESSOURCES MENSUELLES		CHARGES MENSUELLES	
⇒ SALAIRES		⇒ HABITATION	
Monsieur	<input type="text"/>	Loyer	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>	Accession à la propriété	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	EDF-GDF	<input type="text"/>
		Eau	<input type="text"/>
⇒ RETRAITE, PENSION D'INVALIDITE, AAH		Chauffage	<input type="text"/>
Monsieur	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>	Autres	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>		
⇒ ALLOCATION RETOUR A L'EMPLOI (Ex ASSEDIC)		⇒ ASSURANCES	
Monsieur	<input type="text"/>	Mutuelle	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>	Logement	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	Voiture	<input type="text"/>
		☐	
⇒ R.S.A. Revenu de Solidarité Active		⇒ FRAIS DE SCOLARITE	
Monsieur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	☐	
		⇒ EMPRUNTS ET CREDITS	
⇒ INDEMNITES JOURNALIERES		<input type="text"/>
Monsieur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>		
Enfants au foyer	<input type="text"/>	⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES	
		<input type="text"/>
⇒ PRESTATIONS FAMILIALES		⇒ AUTRES CHARGES	
Allocation familiales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aide au logement	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES			
.....	<input type="text"/>		
⇒ AUTRES RESSOURCES			
.....	<input type="text"/>		
TOTAL	<input type="text"/>	TOTAL	<input type="text"/>

DETTES

Loyers, factures impayées, retards de crédits, découverts bancaires, autres ...	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

▶ Renseignements concernant le travailleur social

Nom :

Organisme :

Adresse :

Permanence :

Téléphone :Mail :

▶ Date de la demande : Demande en urgence

▶ Exposé de la situation (Vous pouvez joindre votre rapport sur une page libre)

Objet de la demande :

Exposé de la situation :

Détails sur l'aide sollicité

Montant de l'aide sollicitée :

Bénéficiaire : **ordre du chèque** :

(sauf avis contraire, le règlement des factures se fera directement auprès des fournisseurs)

Date :

Signature du travailleur social :

► Aides sollicitées auprès d'autre organisme

- Organismes
- CARSAT
- CAF
- MSA
- CE
- Autre (préciser)

Date de la demande	Montant sollicité	Montant obtenu

► POUR LES AIDES A DOMICILE :

Organisme effectuant l'aide à domicile	Coût total de l'heure (joindre un devis)	Prise en charge autre que celle demandée à la Ligue		Montant à charge de la famille	Montant demandé à La Ligue
		Organisme participant	Montant de la participation		

Nombre d'heures demandées :H/SEMAINE

Période d'intervention :

Les aides légales ont été sollicitées (APA, CAF, MUTUELLE, CAISSE DE RETRAITE...) oui non

► 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.**
- **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...)**

➔ 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 (page 4).

Date :

Signature :

Consentement éclairé de communication de données sensibles

Les informations recueillies sont nécessaires pour pouvoir statuer sur votre demande d'aide financière proposée par le Comité 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 (cd38@ligue-cancer.net) ou par courrier adressé à Ligue contre le cancer – Comité de l'Isère, 8 rue Général Ferrié 38100 Grenoble. 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 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, 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 »):