



pour la vie

COMITÉ DÉPARTEMENTAL des Hautes Alpes
150 Bld Georges Pompidou - Rés. Côté Théâtre
05000 GAP
Tel : 04-92-53-71-44
Mail : cd05@ligue-cancer.net

Cadre réservé au Comité

Dossier n°

Reçu le

Certificat vu []

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....

→ 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

► Famille monoparentale

► Nombre de pers au foyer

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

- [] OUI
[] NON

.....

► Quotient familial :

► Renseignements concernant la famille

■ Conjoint(e) / Compagnon(e)

Nom : Prénom :

Né(e) le : Profession :

■ Enfants

Table with 8 columns: Nom, Prénom, Age, Activité, à charge (oui/non), Au foyer (oui/non). Includes a watermark 'Rubrique à renseigner obligatoirement'.

► Profession de la personne malade

Catégorie professionnelle

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

Actifs ?

OUI →

NON →

Statut

- Salarié
- Fonctionnaire
- Profession libérale
- Indépendant
- Demandeur d'emploi
- En arrêt de travail
- Retraité
- 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 CMUC 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

Monsieur
Madame
Enfants au foyer

⇒ RETRAITE, PENSION D'INVALIDITE, AAH

Monsieur
Madame
Enfants au foyer

⇒ ALLOCATION RETOUR A L'EMPLOI (Ex ASSEDIC)

Monsieur
Madame
Enfants au foyer

⇒ R.S.A. Revenu de Solidarité Active

Monsieur
Madame
Enfants au foyer

⇒ INDEMNITES JOURNALIERES

Monsieur
Madame
Enfants au foyer

⇒ PRESTATIONS FAMILIALES

Allocation familiales
Aide au logement
Autre

⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES

.....

--

⇒ AUTRES RESSOURCES

.....

--

⇒ HABITATION

Loyer
Accession à la propriété
EDF-GDF
Eau
Chauffage
Téléphone
Autres

⇒ ASSURANCES

Mutuelle
Logement
Voiture

⇒ FRAIS DE SCOLARITE

.....
.....

⇒ EMPRUNTS ET CREDITS

.....
.....

⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES

.....

--

⇒ AUTRES CHARGES

.....
.....
.....

TOTAL

TOTAL

DETTES

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

→ 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 :

Date :

Signature du travailleur social :

► **Détails sur l'aide sollicitée**

Montant de l'aide sollicitée :
Bénéficiaire : **ordre du chèque** :

► **Aides sollicitées auprès d'autre organisme**

Organismes	date de la demande	montant sollicité	montant obtenu
<input type="checkbox"/> CARSAT/...../.....
<input type="checkbox"/> CAF/...../.....
<input type="checkbox"/> MSA/...../.....
<input type="checkbox"/> CE/...../.....
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)/...../.....

► **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.

Date :

Signature :

NB : La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux éléments saisis pour ce dossier. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles concernant l'utilisateur.