



GERS

Madame Nadia BENOIT  
Présidente de la Ligue contre le cancer du Gers

De  
Commission d'Aide Sociale  
Ligue Contre le Cancer

Madame,

Veillez trouver ci-joint le formulaire de la Commission d'Aide Sociale. Nous vous demandons de bien vouloir le faire compléter par une assistante sociale qui devra joindre impérativement un avis social et nous faire parvenir votre dossier complet, sachant que les aides allouées par notre commission sociale interviennent en dernier recours.

A titre d'information, nous vous rappelons que les aides attribuées par la commission sociale sont directement versées au prestataire de service.

Pour plus de précisions nous sommes à votre disposition par courriel :

[Commissionsociale.CD32@ligue-cancer.net](mailto:Commissionsociale.CD32@ligue-cancer.net), le lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h30 à 16h30.

Dans l'attente de votre dossier.

Cordialement

Le Comité du Gers  
de la Ligue Contre le Cancer

**LIGUE CONTRE LE CANCER Comité du Gers**  
5 chemin du Moulin de la Ribère BP 80215 - 32000 AUCH  
05 62 61 24 24 [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)



**CERTIFICAT MEDICAL TYPE A REMETTRE SOUS PLI CACHETE**  
**DESTINE AU MEDECIN DE LA COMMISSION SOCIALE DU COMITE DU GERS**  
**DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER**

(Document détruit après la commission sociale)

Je soussigné(e) Docteur : .....

Atteste que Madame/Monsieur (Prénom / Nom) : .....

Né(e) le : .....

Est suivi(e) pour (précisez le type de cancer) : .....

**Date de début de la maladie** : .....

**Actuellement :**

En cours de traitement : précisez le ou les traitements :

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

Sous surveillance

Autre :

**Retentissements sur la vie sociale et familiale** (persistance éventuelle de complications ou de séquelles suite à la maladie cancer et/ou aux traitements) :

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

**Certificat établi le**  
**Signature et cachet**



**COMITÉ DÉPARTEMENTAL du Gers**  
**De la Ligue contre le cancer**  
**Adresse : BP 80215 – 32004 AUCH Cedex**  
**Tel : 05 62 61 24 24**  
**Mail : [Commissionsociale.CD32@ligue-cancer.net](mailto:Commissionsociale.CD32@ligue-cancer.net)**

Cadre réservé au Comité XX

Dossier n° .....  
Reçu le .....  
Certificat vu

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

Nom : ..... Prénom : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

.....

Permanence : .....

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 toutes précisions relatives 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 aux Assistantes Sociales Mesdames : Marinette Wencewicz, Maguelone Bourdil, Anne-Marie De Zwager par mail [cd32@ligue-cancer.net](mailto:cd32@ligue-cancer.net)

**➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE**

**► Coordonnées du malade**  Malade décédé

M.  Mme  Mlle  
Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
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 personne 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**      **Statut**

<input type="checkbox"/> Agriculteur	<input type="checkbox"/> Salarié	} Actif
<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire	
<input type="checkbox"/> Cadre, profession intellectuelle supérieure	<input type="checkbox"/> Profession libérale	
<input type="checkbox"/> Ouvrier, employé	<input type="checkbox"/> Indépendant	
<input type="checkbox"/> Jamais d'activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> En arrêt de travail	} Inactif
	<input type="checkbox"/> Retraité	
	<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       CMUC       Complémentaire santé       Sans complémentaire santé

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

OUI       NON

► 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				
Retraite, pension d'invalidité, AAH (rayer la mention inutile)				
RSA				
Prestations familiales, aide au logement				
Pension alimentaire				
Autres ressources				
<b>Total</b>				

**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	
<b>Total</b>	

**RESTE POUR VIVRE** (Ressources – charges / nombre de parts)<sup>1</sup> = .....

► Aides sollicitées auprès d'autre organisme

Organisme	Date	Montant	Décision

<sup>1</sup> Nombre de parts : 1 personne = 1 part sauf pour les personnes seules = 1,5.

**→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE**

**MOTIF DE LA DEMANDE :** .....

**MONTANT DE L'AIDE SOLLICITEE :** .....

**BENEFICIAIRE : ORDRE DU CHEQUE :** .....

**▶ 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 :*