



COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE LA VIENNE
 203 Route de Gençay
86280 SAINT BENOIT
Tel : 05 49 47 10 15
 Mail : cd86@ligue-cancer.net

Cadre réservé au Comité 86
 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**

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

▶ **Famille monoparentale**

- OUI
- NON

▶ **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"/>

Rubrique à renseigner obligatoirement

▶ **Profession de la personne malade**

Catégorie professionnelle

Actifs ?

Statut

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

OUI →

NON →

- 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
<p>⇒ SALAIRES</p> <p>Monsieur <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Madame <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Enfants au foyer <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ RETRAITE, PENSION D'INVALIDITE, AAH</p> <p>Monsieur <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Madame <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Enfants au foyer <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ ALLOCATION RETOUR A L'EMPLOI (Ex ASSEDIC)</p> <p>Monsieur <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Madame <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Enfants au foyer <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ R.S.A. Revenu de Solidarité Active</p> <p>Monsieur <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Madame <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Enfants au foyer <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ INDEMNITES JOURNALIERES</p> <p>Monsieur <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Madame <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Enfants au foyer <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ PRESTATIONS FAMILIALES</p> <p>Allocation familiales <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Aide au logement <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Autre <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES</p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ AUTRES RESSOURCES</p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p>	<p>⇒ HABITATION</p> <p>Loyer <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Accession à la propriété <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>EDF-GDF <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Eau <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Chauffage <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Téléphone <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Autres <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ ASSURANCES</p> <p>Mutuelle <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Logement <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Voiture <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>⇒ FRAIS DE SCOLARITE</p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>⇒ EMPRUNTS ET CREDITS</p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES</p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>⇒ AUTRES CHARGES</p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>..... <input style="width: 80px;" type="text"/></p>
TOTAL	TOTAL

DETTES

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

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 :