



COMITÉ DÉPARTEMENTAL de l'ESSONNE
Centre Médical de Bligny
91640 BRIIS SOUS FORGES
Tél : 01 64 90 88 88
Fax : 01 64 90 88 89
Mail : cd91@ligue-cancer.net

Cadre réservé au Comité 91

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 relative 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"/>
				<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

- 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		⇒ 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"/>
⇒ RETRAITE, PENSION D'I VALIDITE, AAH		Eau	<input type="text"/>
Monsieur	<input type="text"/>	Chauffage	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	Autres	<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		<input type="checkbox"/>	
Monsieur	<input type="text"/>	⇒ FRAIS DE SCOLARITE	
Madame	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ INDEMNITES JOURNALIERES		<input type="checkbox"/>	
Monsieur	<input type="text"/>	⇒ EMPRUNTS ET CREDITS	
Madame	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ PRESTATIONS FAMILIALES		⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES	
Allocation familiales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aide au logement	<input type="text"/>	⇒ AUTRES CHARGES	
Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES		<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<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 ...

→ 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 :