

Date de la Commission..... / /

- Certificat médical vu
- Accord**
- Frais supplémentaires
 - Aide à la vie quotidienne
 - Aide humaine
 - Frais d'obsèques
 - Aide construction projet de vie

Montant alloué

Chèque.....

Refus

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

**SANS CERTIFICAT MÉDICAL, LE DOSSIER NE POURRA ÊTRE EXAMINÉ.
CE DOSSIER DOIT ÊTRE IMPÉRATIVEMENT REMPLI PAR UN(E) ASSISTANT(E) SOCIAL(E).**

Nos aides sont accordées pour soulager des malades et leur famille habitant **exclusivement le département de la Charente**, touchés par la maladie cancéreuse, confrontés à des problématiques sociales, **et lorsque toutes les aides légales possibles sont épuisées ou inaccessibles. Ces aides revêtent un caractère ponctuel.**

→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

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

M. Mme Mlle NOM..... Prénom.....

Né(e) le..... Profession.....

Adresse.....

Code Postal..... Ville..... Téléphone.....

Organisme d'assurance maladie..... Mutuelle.....

→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

♦ Conjoint(e) / Compagne(on)

NOM..... Prénom.....

Né(e) le..... Profession.....

♦ Enfants

NOM	Prénom	Age	Situation scolaire ou professionnelle	Lieu d'habitation	A 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"/>

→ SUIVI DU MALADE

Etablissement.....

Oncologue..... Médecin généraliste.....

→ NOM DU DEMANDEUR (s'il ne s'agit pas du malade)

NOM..... Adresse (si différente).....

→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSISTANT(E) SOCIAL(E)

NOM..... Prénom..... Organisme.....

Adresse.....

Tél..... Courriel.....