

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.....