

→ AIDES OU SECOURS

Déjà demandés ou obtenus auprès d'autres organismes depuis le début de l'affection et lesquels, montants, dates :
(CPAM – CAF – MSA – CE – ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ – CAPITAL DÉCÈS – ALLOCATION
OBSÈQUES – etc. ...)

→ PROPOSITION DE L'ASSISTANT(E) SOCIAL(E)

Montant de l'aide sollicitée :

Date :

Signature de l'assistant(e) social(e)

Cachet de l'organisme

→ DESTINATAIRE DE L'AIDE FINANCIÈRE

Le malade Oui Non
Le demandeur Oui Non
Un tiers Oui Non Si oui, préciser :

→ DÉCLARATION DU DEMANDEUR

NOM du demandeur

- Je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire désigné ci-dessus.
 Je reconnais avoir pris connaissance des éléments contenus dans le dossier et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.

Date :

Signature du demandeur :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Toute demande ne comportant pas les pièces suivantes sera rejetée :

- 1- **Certificat médical précisant la nature de la maladie et son caractère évolutif (en cours de traitement, rechute, rémission)**, sous pli cacheté confidentiel adressé au Médecin de la Commission d'aide aux malades du Comité de Charente.
- 2- **Photocopie du dernier avis d'imposition sur le revenu** (pour toutes les personnes vivant au foyer)
- 3- **Factures justificatives nécessaires** (prothèses, dettes, obsèques, etc...)

COMPOSITION DE LA COMMISSION SOCIALE

- Un médecin
- Un assistant social
- Des administrateurs et bénévoles du Comité

Ces membres sont tous soumis à la confidentialité