



Comité d'Ille-et-Vilaine de la Ligue contre le cancer

28 rue de la Donelière – CS 11152 – 35011 Rennes cedex

ACTION POUR LES MALADES ET LEURS PROCHES

La Ligue nationale contre le cancer est une association de loi 1901 qui collecte des fonds auprès du public pour pouvoir remplir ses trois missions :

- l'aide à la recherche,
- l'information, la prévention, la promotion des dépistages,
- l'action pour les malades et leurs proches.

Le Comité d'Ille-et-Vilaine a mis en place une commission d'action pour malades et leurs proches qui est assurée par des bénévoles formés et des professionnels.

Elle propose :

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| écoute, | information, |
| visites à domicile, | aides sociales, |
| aides financières, | aides psychologiques individuelles, |
| groupe pour les jeunes adultes, | groupes de parole, |
| groupes de soutien pour les proches, | groupes de relaxation, |
| groupes de yoga, | groupes d'art thérapie, |
| ateliers de conseils en image, | ateliers de réflexologie plantaire, |
| ateliers de socio-esthétique, | activité physique adaptée, |

...

Nous avons plusieurs lieux de permanences :

- A Rennes
 - Au siège du Comité à l'espace dédié « Escale à la Ligue » (28 rue de la Donelière) : du lundi au vendredi
 - A l'E.R.I.® (Espace de rencontres et d'information) du Centre Eugène Marquis : le mercredi après-midi
- Dans nos antennes
 - A Fougères, aux Ateliers (9 rue des Frères Deveria) : les 1^{er} et 3^{ème} jeudis du mois de 14h à 17h.
 - A Vitré, au Centre Social (27 rue Notre Dame) : les 2^{ème} et 4^{ème} lundis du mois de 14h à 17h.
 - A Redon, à l'Espace Ressources Santé Pays de Vilaine (2 Grande Rue) : les 1^{er} et 3^{ème} vendredis du mois de 09h30 à 12h.



Comité d'Ille-et-Vilaine de la Ligue contre le cancer

28 rue de la Donelière – CS 11152 – 35011 Rennes cedex

COMMISSION SOCIALE LES DEMANDES D'AIDES FINANCIERES

Nos 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.

Les demandes d'aides sont examinées par une commission sociale qui est composée de médecins, d'administrateurs, de la directrice et de la coordinatrice de la mission du Comité. La commission se réunit deux fois par mois.

Le dossier complet de demande d'aide financière doit être présenté par un service social et être reçu au Comité au plus tard la veille de la commission.

La commission sociale doit être sollicitée avant la mise en place des aides à domicile et assimilés. Il en est de même pour les achats. Nous réglons directement sur facture le prestataire.

Les bénéficiaires et les assistants sociaux sont informés par courrier des décisions de la Commission.

PIECES OBLIGATOIRES à fournir et dont la CONFIDENTIALITE est assurée :

- le dossier de demande d'aide financière complet avec une évaluation sociale précise,
- un certificat médical circonstancié (et non une prescription médicale) envoyé à l'attention des médecins de la commission avec la mention "confidentiel – certificat médical" dans une enveloppe cachetée,
- les photocopies du dernier avis d'imposition,
- le devis en lien avec la demande ou cas échéant les copies des factures pour lesquelles nous sommes sollicités,
- autres documents jugés utiles pour la bonne compréhension du dossier.



Comité d'Ille-et-Vilaine de la Ligue contre le cancer

28 rue de la Donelière – CS 11152 - 35011 Rennes cedex

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Le Dispositif d'observation pour l'action sociale (DOPAS) est un projet national collectif pour améliorer les conditions de vie des malades. Dans ce cadre, la Ligue nationale a doté les comités départementaux d'un outil permettant d'enregistrer et de suivre les demandes d'aides sociales, d'établir des statistiques nationales. **Il est donc indispensable de bien renseigner toutes les rubriques.**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR SOCIAL

Nom et prénom : _____

Fonction : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Tél : _____ E-mail : _____ @ _____

Jours et heures de présence : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE

Renseignements concernant le malade

Malade décédé

M. Mme Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Nationalité : _____

Si la personne est étrangère, date de son arrivée en France : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

(Tél : _____)

Situation familiale

- Célibataire Divorcé(e)
 Marié(e) Séparé(e)
 Vie maritale Veuf/veuve
 Pacsé(e)

Famille monoparentale

- oui
 non

Nombre de personnes vivant au foyer : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Antécédents avec la Ligue

La Ligue a-t-elle été sollicitée auparavant ? oui non

Si oui, à quelle période ? _____

Quel est le Comité départemental de la Ligue qui a aidé s'il ne s'agit pas du nôtre ? _____

Renseignements concernant la demande

Remplir autant de lignes que de démarches effectuées :

Date de la démarche	Motif de la demande	Organismes sollicités dont la Ligue (à préciser)	Montants demandés	Secours accordés*	Prestataires à régler (Noms et coordonnées postales)

* mettre « ? » si inconnu et préciser s'il s'agit d'un prêt

Evaluation sociale

Cette évaluation doit être détaillée et exposée sur une feuille libre.

LE BUDGET DE LA FAMILLE

Ressources mensuelles

	Malade	Conjoint(e)	Tiers
Revenus			
Salaires			
Retraite principale et complémentaire			
Pension d'invalidité, A.A.H.			
Allocation de retour à l'emploi			
R.S.A.			
Indemnités journalières			
Complément I.J. de l'employeur			
Prestations familiales			
Allocation logement			
Allocations familiales			
Autre(s). A préciser			
Autres ressources			
Pension alimentaire			
Bourse d'étude			
Autre(s). A préciser			
TOTAL			
TOTAL DES COLONNES			

Charges mensuelles

Habitation		Famille	
Accession à la propriété (sans allocations logement)		Frais médicaux non remboursés	
Loyer (sans allocations logement)		Complémentaire maladie	
Charges de copropriété		Frais de scolarité	
Electricité		Pension alimentaire	
Gaz		Impôt sur le revenu	
Eau		Remboursements des prêts	
Assurance		Dettes	
Impôt foncier		Saisies	
Taxe d'habitation / redevance TV / ordures ménagères		Plan d'épuration des dettes	
Téléphone		Autre(s). A préciser	
Autre(s). A préciser			

Transport

Prêts voitures			
Assurances			
Autre(s). A préciser			
		TOTAL DES COLONNES	

Récapitulatif budgétaire

Total des ressources	
Total des charges	
Restant à vivre (ressources-charges)	
Restant à vivre par personne	

Solidarité familiale

Les ascendants ou les descendants ont-ils été sollicités ? Oui Non

Justifier : _____

Assurance des prêts

Le recours à l'assurance du ou des prêts a-t-il été effectué ? Oui en cours Non

Préciser : _____

Surendettement Dossier déposé à la Banque de France Oui en cours Non

Dettes

Libellé	Montant	Date échéance
Total		

DECLARATION

En cas de décision favorable de la Ligue, le demandeur donne son accord pour que le versement de l'aide financière soit adressé au destinataire désigné dans le dossier.

Date :

Signature du travailleur social :



COMMISSION SOCIALE - DEMANDE D'AIDE

CERTIFICAT MEDICAL – CONFIDENTIEL*

(A insérer dans une enveloppe cachetée destinée aux médecins de la commission sociale)

Je, soussigné Dr. _____

Certifie que M./Mme _____

Est soigné(e) pour _____

La maladie ayant débuté en _____

Traitement en cours : oui non (cocher la case correspondante)

Préciser : _____

Observations particulières : _____

Date :

Signature et cachet du médecin

*Dans le respect du secret médical, ce certificat et tout autre document de nature médicale ne seront accessibles que par les médecins de la commission sociale et seront détruits après lecture.

Consentement éclairé de communication de données sensibles

Les informations recueillies sont nécessaires pour pouvoir statuer sur votre demande d'aide financière proposée par le Comité et sont enregistrées dans le logiciel SAID de la Ligue contre le cancer. Elles sont destinées au siège de la Ligue contre le cancer ainsi qu'à votre comité départemental et aux tiers mandatés par le responsable des traitements à des fins de gestion interne. La Ligue contre le cancer s'engage à ne pas transférer vos données en dehors de l'Union Européenne. Ces données ne feront l'objet d'aucun échange.

Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée par le règlement général sur la protection des données, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment concernant l'utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation ou effacement, en contactant [votre comité départemental](#) par mail : cd35@ligue-cancer.net ou par courrier adressé au 28 rue de la Donelière CS 11152 35011 Rennes Cedex. Elles sont conservées pendant toute la durée légale de conservation des pièces comptables (10 ans).

Pour des demandes complémentaires d'informations ou en cas de problème d'exercice de vos droits, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données du siège de la Ligue nationale contre le cancer par mail : dpo@ligue-cancer.net ou par courrier : DPO de la Ligue contre le cancer – 14 rue Corvisart 75013 Paris

Conformément à l'article 9 du règlement général sur la protection des données (RGPD), merci de bien vouloir nous donner votre consentement éclairé, libre et volontaire afin de pouvoir figurer dans notre fichier SAID. Ce fichier a pour finalité principale « la gestion et le suivi des demandes d'aides financières à destination des personnes malades ou de leurs proches ».

Les données collectées sont :

- Des données d'état civil (nom, prénom, adresse etc.) ;
- Des données hautement personnelles : situation de famille, données économiques et financières (revenus, situation financière, R.I.B., etc.) ;
- Des données sensibles : de santé (certificat médical).

Fait à

Le :

Nom :

Prénom :

Signature (faire précéder la signature de la mention « bon pour consentement »):