



05/2022

**Envoyer le Formulaire de demande financière par courrier ou par mail au :**

LIGUE CONTRE LE CANCER - COMITE 09

Maison des Associations  
7 Bis rue Saint-Vincent  
09104 PAMIERS  
05.61.67.58.62

[cd09@ligue-cancer.net](mailto:cd09@ligue-cancer.net)

Accueil : lundi, mardi Jeudi 8h30 -12h30 / 13h30-16h00,  
Et les mercredis de 13h30 à 16h00.

Dossier téléchargeable sur :

[https://www.ligue-cancer.net/article/39961\\_commission-sociale](https://www.ligue-cancer.net/article/39961_commission-sociale)

**Cadre réservé au Comité 09**

Dossier n° .....

Reçu le .....

Certificat vu

Décision le : .....

**Renseignements concernant le travailleur social à l'origine de la demande**

Nom : ..... Prénom : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

.....

Permanence : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

La demande : Demande en urgence

## COMMISSION SOCIALE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Nos aides spéciales ne peuvent être accordées qu'en cas d'urgence pour soulager des malades ou leur famille, habitant exclusivement le département de l'Ariège, pour faire face aux difficultés financières engendrées par la maladie Cancer.

**Elles ne se substituent pas aux prestations et aides légales, et interviennent en complément.**

Lors de l'étude du dossier, La ligue peut s'engager sur un devis, cependant le paiement s'effectuera auprès du prestataire, exclusivement sur facture nominative non acquittée.

Pour tout renseignement ou toute précision relatifs 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....

**► 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.** Un modèle vous est proposé si besoin.
- **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...)**

**➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE**

**► Coordonnées du malade**  Malade décédé

M.  Mme  Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone (impératif) : .....

e-mail (Préférable pour retour sur dossier plus rapide) : .....

**► Situation familiale**

- personne seule sans enfants à charge
- personne en couple sans enfants à charge
- personne seule avec enfants à charge
- personne en couple avec enfants à charge

**► Renseignements concernant la famille**

Nombre de personne au foyer : .....

Nom	Prénom	Parenté avec le demandeur	Date de naissance	Situation scolaire, professionnelle

Rubrique à renseigner obligatoirement

**► Profession de la personne malade**

**Catégorie socio-professionnelle**

- Agriculteur
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Ouvrier, employé
- Jamais d'activité professionnelle
- Retraité

**Statut**

- Salarié
- Fonctionnaire
- Profession libérale
- Indépendant
- Demandeur d'emploi
- En arrêt de travail
- Retraité
- Bénéficiaire du RSA
- Personne au foyer
- Etudiant-scolarisé
- Personne en invalidité
- Personne handicapée

Actif

Inactif

**► Régime de sécurité sociale**

- MSA
- Régime fonction publique
- Régime général
- Régimes spéciaux
- SSI

N° Sécurité sociale : .....

**► Prévoyance**

- AME
- Complémentaire Santé Solidaire
- Complémentaire santé
- Sans complémentaire santé

Nom de la complémentaire santé : .....

N° complémentaire santé : .....

**► Surendettement - Dossier déposé à la Banque de France ou en cours**

- OUI
- NON

► Budget mensuel du foyer (formulaire possible sous excel)

**RESSOURCES MENSUELLES**

Ressources	Demandeur	Conjoint(e)	Autre :...	Total
Salaire, revenus d'activité				
Indemnités chômage				
Indemnités journalières, compléments d'IJ				
Retraite, pension d'invalidité, AAH (rayer la mention inutile)				
RSA				
Prestations familiales, aide au logement				
Pension alimentaire				
Autres ressources				
<b>Total 1</b>				

**CHARGES MENSUELLES**

Charges	Montant
Loyer ou frais d'accession à la propriété <u>et</u> charges (locatives, de copropriété)	
Eau, électricité, gaz	
Téléphone, internet	
Assurance (maison, civile, véhicule)	
Complémentaire santé : précisez le nom .....	
Crédits (hors crédit immobilier)	
Impôts	
Scolarité, cantine, garde, pension alimentaire	
Transport	
Autres à préciser : ..... .....	
<b>Total 2</b>	

**RESTE POUR VIVRE :**

Nombre de personne(s) au foyer : \_\_\_\_\_ personne(s)

Reste à vivre (Total 1 - Total 2) / nombre de personne (s) = \_\_\_\_\_ €

► Aides sollicitées auprès d'autre organisme (Les aides de la Ligue ne se substituent pas aux prestations et aides légales, et interviennent en complément.)

Organisme	Date	Montant	Décision

**→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE**

**MOTIF DE LA DEMANDE (CHAMP OBLIGATOIRE):**

.....

**MONTANT DE L'AIDE SOLLICITÉE (CHAMP OBLIGATOIRE) :**

.....

**BÉNÉFICIAIRE : ORDRE DU CHÈQUE :**

.....

**▶ Exposé de la situation (Vous pouvez joindre votre rapport sur une feuille libre)**

**Objet de la demande :**

**Exposé de la situation :**

→ **Consentement éclairé de communication de données sensibles**

« Les informations recueillies sont nécessaires pour pouvoir statuer sur votre demande d'aide financière 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 ([cd09@ligue-cancer.net](mailto:cd09@ligue-cancer.net)) ou par courrier adressé à la **Ligue contre le Cancer, Comité 09 – Maison des Associations, 7 bis rue Saint-Vincent 09104 PAMIERS , 05.61.67.58.62**. 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](mailto: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 finalités secondaires sont l'élaboration de statistiques d'usage à des fins d'édition de rapport d'activité et de rapport de plaidoyer».

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, etc...), des données sensibles de santé (certificat médical). »

Pour être recevable, tout dossier doit impérativement être :

<b>Signé par le demandeur</b>	<b>Signé par l'assistant(e) social (e)</b>
<p>Je sollicite une aide financière du Comité XX de la Ligue contre le cancer et déclare, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués.</p> <p>En cas d'une décision favorable, je donne mon accord pour que le versement soit effectué aux destinataire(s) désigné(s) dans l'exposé de la situation.</p> <p>Je donne mon accord pour que le travailleur social et le médecin référent soient informés de la suite donnée à ma demande.</p> <p><b>Mettre la mention « bon pour consentement »</b></p> <p><b>Date :</b></p> <p><b>Signature :</b></p>	<p>J'atteste avoir pris connaissance des pièces justificatives en lien avec cette demande.</p> <p><b>Date</b></p> <p><b>Signature</b></p>

Rappel : Ce formulaire de demande d'aide financière et l'ensemble des pièces qui l'accompagnent, doivent être envoyés au Comité Départemental de la Ligue (voir adresse sur la première page).



Dossier n° .....

Reçu le .....

Certificat vu

Décision le : .....

## FICHE DE DÉCISION

### AVIS DU MÉDECIN :

DATE :

VISA DU MÉDECIN,

### AVIS DE L'ASSISTANTE SOCIALE DU COMITÉ :

DATE :

VISA DE L'ASSISTANTE SOCIALE,

### AVIS DU RESPONSABLE DU DOSSIER :

DATE :

VISA DU RESPONSABLE DU DOSSIER,

### DÉCISION DU PRÉSIDENT DU COMITÉ :

DATE :

VISA DU PRÉSIDENT,