



## COMMISSION SOCIALE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

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

Nom : ..... Prénom : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

.....

Permanence : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**La demande** : Demande en urgence

Les aides financières sont des **aides ponctuelles** qui doivent permettre aux malades et 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.

**Il est indispensable dans votre exposé de la situation d'indiquer le lien entre l'affection cancéreuse et le déséquilibre des ressources.**

Le dossier complet est à envoyer par voie postale à l'adresse du Comité départemental dont dépend le malade (Département de résidence - Coordonnées en dernière page du dossier) ou par mail. **Pour connaître le type d'aides accordées par le Comité dont dépend le malade, merci de consulter le tableau récapitulatif en fin de dossier.**

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....

Pour tout renseignement ou toutes précisions relatives à cette demande ou aux actions de la Ligue, n'hésitez pas à contacter le Comité départemental.

### ► Pièces à joindre au dossier

**OBLIGATOIRE (Sans ces pièces le dossier ne pourra être examiné) :**

- **Certificat médical** datant de moins de 2 mois mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le cancérologue. A adresser sous pli cacheté.
- **Copie de la pièce d'identité ou de la carte de séjour**
- **Factures ou devis des frais liés à la demande d'aide**
- **Justificatifs de ressources et de charges** : copie de l'avis d'imposition, factures et charges, bulletins de salaires, ...
- **Justificatif de domicile** : quittance de loyer ou attestation d'hébergement ou attestation de domiciliation

*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.*

**➔ 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 : .....  
Mail : .....

**▶ 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  
Marié / Divorcé / Séparé / Pacsé / Veuf : .....

**▶ 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**

Citez la profession : .....

**Catégorie socio-professionnelle Statut**

- |   |  |           |
|---|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur                            | <input type="checkbox"/> Salarié                             | } Actif   |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Fonctionnaire                       |           |
| <input type="checkbox"/> Cadre, profession libérale             | <input type="checkbox"/> Profession libérale                 |           |
| <input type="checkbox"/> Ouvrier, employé                       | <input type="checkbox"/> Indépendant                         |           |
| <input type="checkbox"/> Jamais d'activité professionnelle      | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi                  |           |
| <input type="checkbox"/> Retraité                               | <input type="checkbox"/> En arrêt de travail depuis le ..... | } Inactif |
|   | <input type="checkbox"/> Retraité                            |           |
|   | <input type="checkbox"/> Personne au foyer                   |           |
|   | <input type="checkbox"/> Etudiant-scolarisé                  |           |
|   | <input type="checkbox"/> Personne en invalidité              |           |
|   | <input type="checkbox"/> Personne handicapée                 |           |

**▶ Régime de sécurité sociale**

MSA  Régime fonction publique  Régime général  Régimes spéciaux  RSI

**▶ Prévoyance**

AME  PUMA  Complémentaire santé solidaire  Sans 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, prime d'activité				
Pension alimentaire				
Autres ressources				
<b>Total</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	
<b>Total</b>	

**RESTE POUR VIVRE**

$$\frac{\text{Ressources} - \text{charges}}{\text{nombre de parts}^1} = \dots\dots\dots$$

**MOYENNE JOURNALIERE**

$$\text{Reste pour vivre} / 30 = \dots\dots\dots$$

► Aides sollicitées auprès d'autre organisme

Organisme	Date	Montant	Décision

<sup>1</sup> Nombre de parts : 1 personne = 1 part sauf pour les personnes seules = 1,5.

**➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE**

**MOTIF DE LA DEMANDE :** .....

**MONTANT DE L'AIDE SOLLICITEE :** .....

**BENEFICIAIRE (PRECISER LE NOM) :** .....

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

**Objet de la demande :**

**Exposé de la situation :**

*Date :*

*Signature du travailleur social :*

## → DECLARATION DU DEMANDEUR

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

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 ou par courrier. 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 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).**

*Nom et Prénom :*

*Date :*

*Signature du demandeur précédée de la mention « Bon pour consentement » :*

---

## → CADRE RESERVE A LA COMMISSION SOCIALE

Commission du ...../...../.....

Demande acceptée pour un montant de ..... euros

Demande refusée

Motif : .....

Renvoi à la prochaine commission, en attente des renseignements ou justificatifs suivants :  
.....

*Date :*

*Signatures :*



## Vos contacts dans les Comités départementaux

### Comité de Paris

89 boulevard Auguste Blanqui  
75013 Paris

**Michèle SEAILLES** (mardi et jeudi)

01 45 00 97 68 - [michele.seailles@ligue-cancer.net](mailto:michele.seailles@ligue-cancer.net)

### Comité de la Seine-et-Marne

8 rue de l'Industrie  
77000 Melun

**Nadine DELCROIX**

01 64 37 28 13 - [nadine.delcroix@ligue-cancer.net](mailto:nadine.delcroix@ligue-cancer.net)

### Comité des Yvelines

8 rue Madame  
78000 Versailles

**Elisa YVERS**

01 39 50 83 50 - [ely@ligue-cancer.net](mailto:ely@ligue-cancer.net)

### Comité de l'Essonne

Centre Hospitalier de Bligny  
91640 Briis-sous-Forges

**Ghyslaine PROT**

01 64 90 88 88 - [cd91@ligue-cancer.net](mailto:cd91@ligue-cancer.net)

### Comité de la Seine-Saint-Denis

10 avenue JF Kennedy, BP 185  
93351 Le Bourget Cedex

01 48 35 17 01 - [cd93@ligue-cancer.net](mailto:cd93@ligue-cancer.net)

### Comité des Hauts de Seine

3-5-7 avenue Paul Doumer  
92500 Reuil-Malmaison

**Hanan BOUSHABA**

01 55 69 18 13 - [hanan.boushaba@liguecancer92.org](mailto:hanan.boushaba@liguecancer92.org)

### Comité du Val-de-Marne

1 rue de Paris  
94000 Créteil

**Catherine ZANA**

01 48 99 48 97 - [aidesociale94@ligue-cancer.net](mailto:aidesociale94@ligue-cancer.net)

### Comité du Val d'Oise

2 boulevard Jean Allemane  
95100 Argenteuil

**Mireille LEBEAUX et Paula DIAS LOURENCO**

01 39 47 16 16 - [cd95@ligue-cancer.net](mailto:cd95@ligue-cancer.net)