

# DISPOSITIF ACHILLEE 2019

## « MAINTIEN A DOMICILE »

*Joindre obligatoirement le certificat médical (cf : modèle Ligue)  
sous pli à l'attention du médecin de la Commission*

Service social de .....NOM, Prénom de l'assistant(e) social(e) .....

Adresse, code postal, ville .....

Tél. .... Fax..... Mail.....

### BENEFICIAIRE

Nom ..... Prénoms.....

Domicile ..... Téléphone.....

Né(e) le .....Nationalité : F  CEE  Hors CEE  Profession.....

Situation familiale..... Nombre d'enfants..... dont .....à charge

Régime SS (précisez : AME, CMUC, CMU...) RSI : .....N° SS.....  
et caisse d'affiliation.....

	Prénoms	Date de naissance	Situation
Conjoint			
Enfants			

### BUDGET MENSUEL

**Joindre obligatoirement les justificatifs de ressources et de charges du dernier mois**

RESSOURCES MENSUELLES		CHARGES MENSUELLES	
Salaires		Loyer et charges locatives ou	
Prestations sécurité sociale		Charges co-pro+mensualités crédit imm.	
Pensions invalidité et/ou AAH		Taxes foncières, habitation	
Allocation chômage		Assurance habitation	
Allocation logement		EDF/GDF	
Prestations familiales		Pension alimentaire	
Pensions / retraites		Mutuelle	
Pension alimentaire		Impôts	
Aide sociale légale et/ou facultative		Crédits à la consommation	
Divers.....		Divers tél.... (pour info)	
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

«Reste pour vivre» mensuel par personne   R-C/N

1 personne seule = 1,5

½ →

## **AIDES SOLLICITEES PAR AILLEURS (obligatoire)**

Enumérer : **les organismes de droit commun sollicités obligatoirement avant Achillée**, la date de la demande et d'acceptation avec le nombre d'heures ou la date de rejet avec le motif.

Mutuelle       Non  Oui (remarques .....

APA             Non  Oui (remarques .....

MDPH         Non  Oui (remarques .....

PCH           Non  Oui (remarques .....

TISF          Non  Oui (remarques .....

Autres/remarques.....

### **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 le Comité de Paris par mail ([cd75@ligue-cancer.net](mailto:cd75@ligue-cancer.net)) ou par courrier adressé au Comité de Paris, 89 bd Auguste Blanqui, 75013 Paris. 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, des données hautement personnelles : situation de famille, données économiques et financières (revenus, situation financière ...) et des données sensibles de santé.

### **Pour être recevable, tout dossier doit impérativement être :**

**Signé par le demandeur :**

*« Je déclare, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués et j'autorise, pour le traitement du dossier, la Ligue à transmettre les informations contenues dans ce questionnaire à l'ADMR et à la CPAM - CSP art L1110-4*

*Mettre la mention « Bon pour consentement »*

**Date :**

**Signature :**

**Signé par l'assistante sociale :**

**Date :**

**EXPOSE DE LA SITUATION**  
**A joindre obligatoirement en annexe**

### **IMPORTANT**

**Toute demande de maintien à domicile est étudiée par la commission « maintien à domicile » composée d'un médecin, d'une assistante sociale, d'un responsable de la LIGUE et de l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural). La participation financière sera versée directement, par le bénéficiaire, à l'association prestataire. Tout non-paiement pourra justifier la suspension des interventions.**

# DISPOSITIF ACHILLEE

## « Certificat médical »

A adresser au :  
Comité de Paris de la Ligue contre le cancer  
89 Bd Auguste Blanqui, 75013 Paris  
au médecin de la commission Achillée, sous pli cacheté.

*A établir obligatoirement par le médecin hospitalier*

### **PATIENT**

Nom, Prénom .....

Domicile .....

### **Cancer / Hémopathie**

	Remarques
Localisation	
Date de diagnostic (initial ou rechute)	
Stade (T, N, M si adapté)	
Actuellement, traitement en cours : Précisez le ou les traitements	
Sinon, surveillance simple Préciser la date de fin de traitement	

### **AUTRES AFFECTIONS INVALIDANTES**

.....

.....

.....

Nom du médecin : .....

Hôpital.....

Date

Signature