CONTRE LE CANCER
LA LIGUE

Comité Départemental
de l'Oise

ORGANISME DEMANDEUR

COMMISSION SOCIALE

DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE SUR LES FONDS DU COMITE DEPARTEMENTAL DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER

A renvoyer à : **Comité de la Ligue Contre le Cancer de L'Oise.**
Commission sociale
52, Avenue de la République
BP 30969
60009 BEAUVAIS CEDEX

Nos aides sont accordées pour soulager des personnes malades du cancer et leurs proches habitant le département, lors d'une période difficile, et lorsque toutes les aides légales et extra-légales possibles ont été sollicitées ou sont inaccessibles. Elles revêtent un caractère ponctuel.

Seuls les malades atteints d'un cancer peuvent bénéficier d'une aide financière. Toute demande doit être accompagnée d'un certificat médical mentionnant très clairement la nature de la maladie et son actualité. **Ce certificat médical doit être demandé par la personne malade à son médecin.** Le certificat sera adressé sous pli cacheté à :

Monsieur le Médecin conseil
auprès de la Commission sociale
du Comité de la Ligue Contre le Cancer

Le certificat sera détruit après usage.

Pour tout renseignement ou toute précision, relatifs à cette demande ou aux actions de la Ligue, n'hésitez pas à contacter notre comité départemental au :

Tél. 03.44.15.50.50 - Email: cd60@ligue-cancer.net - Site internet : http://liguecancer60.blogspot.fr/

L'aide aux malades à la Ligue, c'est aussi : l'accueil des malades et de leurs proches, des brochures d'information, une écoute téléphonique (0 810 111 101), des groupes de parole, etc.

MONTANT DE L'AIDE SOLLICITEE

Important :

Fournir les justificatifs à l'appui de cette déclaration (salaires, indemnités de chômage, préretraites, CRAM, retraites complémentaires, prestations familiales, aides spéciales, dernier avis d'imposition sur le revenu, capital décès...).

DESTINATAIRE DE L'AIDE FINANCIERE

Au Demandeur Oui ❑ Non ❑

A un tiers Oui ❑ Non ❑ Si oui, préciser: .....

DECLARATION DU DEMANDEUR

Je sollicite une aide financière auprès du comité départemental de la Ligue Contre le Cancer et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués à l'appui de ma demande.

En cas de décision favorable de la Ligue, je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire ci-dessus désigné.

Nom et prénom ..... Date .....

Signature du demandeur
(lu et approuvé)

RAPPEL IMPORTANT PAR LE PRESIDENT DU COMITE DE L'OISE

Grâce à la générosité de plus de 6000 habitants du département, le Comité de l'Oise peut vous apporter une aide matérielle. En appelant au 03 44 15 50 50, vous pourrez aussi trouver un soutien moral ainsi que différentes activités afin d'améliorer votre quotidien ou vous apporter certaines réponses.

LE PRESIDENT

NB La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux éléments saisis pour ce dossier. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles concernant l'usager.

NOM DU DEMANDEUR ..... Prénoms .....

Date de naissance ..... Profession .....

Adresse - Code Postal .....

Téléphone .....

Date de la dernière aide de la Ligue .....

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Conjoint(e) ou compagne(on) .....

Date de naissance ..... Profession .....

ENFANTS/PERSONNES À CHARGE

Prénom	Date de naissance	Situation scolaire ou professionnelle

BUDGET MENSUEL DU FOYER

Ressources mensuelles	Personne demandeuse	Conjoint(e)	Ascendant, descendant, autres
Salaire			
Retraite / pension			
Prestations familiales			
ASSEDIC			
Prestations SS IJ/AAH/Invalidité [1]			
Autres ressources			
TOTAL			

Charges mensuelles			
Loyer, accession à la propriété[1]		Mutuelle	
Chauffage, EDF-GDF, eau		Impôts	
Téléphone		Autres charges	
Scolarité, cantine		Assurances	
Crédits			
		TOTAL	

Quotient familial mensuel : $\frac{\text{Ressources - Charges}}{\text{Nombre de personnes à charge}}$ =

Dettes

Objet de la dette	Montant

PLAN D'AIDE GLOBAL

Un plan d'apurement de la dette existe-t-il ? Oui ❑ Non ❑

Si oui : Période du ..... au ..... Mensualité .....

Aides sollicitées	Date	Organisme	Montant	Décision

EXPOSE DE LA SITUATION

VISA DE L'ASSISTANTE SOCIALE

Nom ..... Date .....

Signature