



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  
600009 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 de cette 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  
Après de la Commission sociale  
Du Comité de l'Oise 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, contactez le comité départemental au :

Tél : 03 44 15 50 50

Email : [cd60@ligue-cancer.net](mailto:cd60@ligue-cancer.net)

Site internet : <https://www.ligue-cancer.net/60-oise>

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

### MONTANT DE L'AIDE SOLLICITE

#### Important :

Merci de 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.

Nom et prénom ..... Date .....

Signature du demandeur

(Lu et approuvé)

## RAPPEL PAR LE PRESIDENT DU COMITE DE L'OISE

Grâce à la générosité de plus de 6 000 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 président

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'utilisateur.

## LE DEMANDEUR

Nom : ..... Prénoms : .....

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

Téléphone : .....

Adresse : ..... Code Postal : .....

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

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

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

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

## ENFANTS/PERSONNES A CHARGE

Nom et 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			
Prestation SS IJ/AAH/Invalidité			
Autres			
TOTAL			

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

Quotient familial mensuel : \_\_\_\_\_ =

Ressources – Charges  
Nombre de personnes à charge

