



Date de la demande : .....

Nom du travailleur social :

.....

Téléphone : .....

**Email** : .....

Adresse : .....

.....

## DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE

### SUR LES FONDS DU COMITE DE LA HAUTE-VIENNE DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER

A renvoyer à : **Comité de la Ligue Contre le Cancer de la Haute-Vienne**  
**23, avenue des Bénédictins**  
**87000 LIMOGES**

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 **EXCEPTIONNEL** et ponctuel.

Seuls les malades atteints d'un cancer peuvent bénéficier d'une aide financière. Toute demande doit être accompagnée d'un **certificat médical type** du Comité 87, 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 :**

**Madame le Médecin conseil**  
**Auprès de la Commission d'aides financières**  
**Du Comité 87 de la Ligue Contre le Cancer**

*Le certificat est détruit par le médecin dans les 3 mois qui suivent la commission.*

Pour tout renseignement ou toutes précisions relatives à cette demande, n'hésitez pas à contacter notre Comité départemental :

**LIGUE CONTRE LE CANCER - COMITE DE LA HAUTE-VIENNE**

23, avenue des Bénédictins – 87000 LIMOGES

Mail : [cd87@ligue-cancer.net](mailto:cd87@ligue-cancer.net)

Tél. : 05.55.77.20.76.

**COORDONNEES DU MALADE**M.  Mme  Enfant 

Nom et prénom \* : ..... Date de naissance\* : .....

Adresse \* :  
.....

Code postal \* : ..... Ville\* : ..... ☎ \* : .....

 Malade décédé le .....Si la personne qui effectue la demande n'est pas le malade :

Nom ..... Prénom ..... Lien de parenté .....

Adresse ..... ☎ .....

Date de naissance : .....

**Situation familiale \***:Célibataire  Marié(e)  date : ..... Divorcé(e)  date : .....Vie Maritale, Pacs  Veuf (e)  date : ..... Séparé(e)  date : .....**Renseignements concernant la famille\* :**- **Conjoint(e)/Compagnon(e)**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Profession : .....

**Situation du malade au regard de la protection sociale\* :**Couverture maladie : N° SS :Organisme : CPAM  MSA  Autre  non affilié(e) Mutuelle  PUMA  Complémentaire Santé Solidarité Aucune couverture complémentaire  Avec participation  sans participation Prestations familiales/sociales : N° Allocataire :Organisme : CAF  MSA  Autre  non affilié(e) **Bénéficiaire d'un minima social :**  oui  nonsi oui :  RSA socle  AAH  ASPA  ASS

(RSA socle + majoré)

**Activité du demandeur :**  actif au chômage  actif ayant un emploi  activité inconnue Etudiant  Bénéficiaire minima social  Retraité  Autre (inactifs, longue maladie, AT,...) Formation professionnelle



<b>SITUATION FINANCIERE : RESSOURCES MENSUELLES</b>			
	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Autres</b>
<b>Salaire</b>			
<b>Salaire contrat aidé</b>			
<b>Autre revenu d'activités</b> (Stages, apprentissage...)			
<b>ASS</b>			
<b>Autres indemnités chômage</b>			
<b>Indemnités journalières d'assurance maladie</b>			
<b>RSA socle</b>			
<b>RSA socle majoré</b>			
<b>Prime d'activité</b>			
<b>Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE)</b>			
<b>Allocation veuvage</b>			
<b>Retraites</b>			
<b>AAH</b>			
<b>Majoration vie autonome</b>			
<b>Pension d'invalidité</b>			
<b>Rente accident du travail</b>			
<b>Pensions alimentaires</b>			
<b>Allocations familiales</b>			
<b>Complément familial</b>			
<b>PAJE</b>			
<b>Allocation de soutien familial</b>			
<b>AEEH (non prise en compte dans le total)</b>			
<b>Revenus patrimoniaux</b>			
<b>Bourse d'enseignement sup.</b>			
<b>Garantie Jeunes</b>			
<b>Autres</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>TOTAL GENERAL A+B+C</b>			
<b>Montant des aides au logement (AL ou APL)</b>			
<b>QUOTIENT FAMILIAL :</b>	$\frac{\text{Total général}}{\text{Nombre de personnes au foyer}} =$		

<b>CHARGES</b>					
<b>Charges principales</b>	<b>Montant de la charge</b>	<b>Echéance P, M, B, T, S, A</b>	<b>Montant calculé au mois</b>	<b>Pour paiement ponctuel date d'échéance</b>	<b>Dettes</b>
Loyer (charges comprises) APL ou AL déduite					
Plan d'apurement / loyer					
Accession à la propriété APL ou AL déduite					
Gaz					
Electricité					
Gaz/électricité même fournisseur					
Autres dépenses de chauffage (fuel, bois...)					
Eau + assainissement					
Mutuelle					
Assurance habitation					
Impôts sur le revenu					
Taxe d'habitation + redevance TV					
Taxe foncière					
Taxe sur les ordures ménagères					
<b>TOTAL</b>					
<b>Autres Charges</b>	<b>Montant de la charge</b>	<b>Echéance P, M, B, T, S, A</b>	<b>Montant calculé au mois</b>	<b>Pour paiement ponctuel date d'échéance</b>	<b>Dettes</b>
Assurance voiture					
Téléphone fixe					
Téléphone portable					
Internet					
Câble TV					
Frais de transport					
Garde d'enfants					
Cantine					
Huissier					
Découvert bancaire					
Autre (préciser)					
Crédits à la consommation					
Découvert bancaire (dans colonne dettes)					
Mensualité remboursement Plan de surendettement					
Autres :					
<b>TOTAL</b>					
<b>TOTAL GENERAL DES CHARGES</b>					
<b>Épargne montant total* :</b>					
<b>Type d'épargne* :</b>					

**RESTE POUR VIVRE :**  $\frac{\text{Total des ressources} - \text{total des charges principales}}{\text{Nombre de personnes}} =$



## Pièces justificatives :

### Documents obligatoires :

- Certificat médical (modèle type Ligue contre le Cancer)**
- Attestation de demande d'aide sociale signée par le demandeur**
- Joindre un RIB (les coordonnées du RIB doivent être identiques à celles du demandeur : même nom, même adresse)**
- Justificatifs des ressources de moins de 2 mois (salaire, CAF, IJ, etc.)**
- Justificatifs des charges courantes**
- Justificatifs des dettes (factures impayées, découverts bancaires...)**
- Dernier avis complet d'imposition ou de non-imposition**
- Dernier avis de taxe habitation**
- Dernier avis de taxe foncière**
- Justificatifs en lien avec le motif de la demande (Devis, factures, etc...)**
- Évaluation sociale de la situation (contexte, constat, causes déclenchantes, projet d'accompagnement social etc.)**

### Autres documents :

- Accord ou rejet des aides légales ou extra-légales sollicitées**
- Documents permettant une meilleure compréhension de la situation**
- Devis acte médical faisant apparaître le secteur de conventionnement du praticien (secteur 1, 2 ou non conventionné)**