

**ENVOYER LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE
FINANCIERE PAR COURRIER OU PAR MAIL AU :**

COMITÉ DÉPARTEMENTAL du Gers

Commission Sociale

Adresse : ZI du SOUSSON – 32550 PAVIE

Tel : 05 62 61 24 24

Mail : commissionsociale.cd32@ligue-cancer.net

**La ligue nationale N'est PAS compétente pour traiter les
demandes d'aide financière.**

Dossier n°

Reçu le

Certificat vu ☐

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

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

.....
.

Permanences (jours et horaires) :

Téléphone : Mail :@.....

Fax :

La demande : Demande en urgence ☐

COMMISSION SOCIALE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

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

Pour tout renseignement ou toute précision relatifs à cette demande ou aux actions de la Ligue, n'hésitez pas à contacter le Comité départemental.

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....

► Pièces à joindre au dossier

- Certificat médical mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le médecin traitant ou le cancérologue. A adresser sous pli cacheté au médecin conseil de la commission. **Sans certificat médical, le dossier ne pourra être examiné.** Un modèle vous est proposé si besoin.
- Factures ou devis des frais liés à la demande d'aide
- Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande (justificatifs de ressources, de charges, etc.)

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE MALADE ET SA FAMILLE

► Coordonnées de la personne malade

☐ M. ☐ Mme

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom et Prénom du demandeur si différent du malade (préciser le lien avec la personne malade) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

☐ Personne Malade décédée

► Situation familiale

☐ personne seule sans enfant à charge

☐ personne en couple sans enfant à charge

☐ personne seule avec enfant(s) à charge

☐ personne en couple avec enfant(s) à charge

► Composition du foyer

Nombre de personnes au foyer :

Nom	Prénom	Parenté avec le demandeur	Année de naissance	Situation scolaire, professionnelle

Rubrique à renseigner obligatoirement

► Profession de la personne malade

Catégorie socio-professionnelle

- ☐ Agriculteur
- ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ☐ Cadre, profession intellectuelle supérieure
- ☐ Ouvrier, employé
- ☐ Jamais d'activité professionnelle
- ☐ Retraité

Statut

- ☐ Salarié
- ☐ Fonctionnaire
- ☐ Profession libérale
- ☐ Indépendant
- ☐ Demandeur d'emploi
- ☐ En arrêt de travail

Actif

- ☐ Retraité
- ☐ Bénéficiaire du RSA
- ☐ Personne au foyer
- ☐ Etudiant-scolarisé
- ☐ Personne en invalidité
- ☐ Personne handicapée

Inactif

► Régime de sécurité sociale

☐ MSA ☐ Régime fonction publique ☐ Régime général ☐ Régimes spéciaux ☐ SSI

► Prévoyance

☐ AME ☐ Complémentaire Santé Solidaire ☐ Complémentaire santé ☐ 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				
Pension alimentaire				
Autres ressources				
Total				

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	
Total	

RESTE POUR VIVRE (Ressources – charges / nombre de parts)¹ =

► Aides sollicitées auprès d'autre organisme

Organisme	Date	Montant	Décision

¹ 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 :

A REGLER DIRECTEMENT AU : (sous réserve de l'acceptation de la Commission)

TIERS ☐ oui ☐ non

DEMANDEUR ☐ oui ☐ non (à privilégier)

Préciser les adresses (si paiement à un tiers)

.....
.....
.....

► Consentement éclairé de communication de données sensibles

« Les informations recueillies sont nécessaires pour pouvoir statuer sur votre demande d'aide financière 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 votre comité départemental par mail (**commission sociale.cd32@ligue-cancer.net**) ou par courrier adressé à la **Ligue contre le Cancer, Comité 32 – Zone Industrielle du Sousson – 32550 PAVIE**. 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** 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 finalités secondaires sont l'élaboration de statistiques d'usage à des fins d'édition de rapport d'activité et de rapport de plaidoyer ».

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, etc...), des données sensibles de santé (certificat médical). »

Pour être recevable, tout dossier doit impérativement être :

Signé par le demandeur	Signé par l'assistant(e) social(e)
Je sollicite une aide financière du Comité du Gers de la Ligue contre le cancer et déclare, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués. En cas d'une décision favorable, je donne mon accord pour que le versement soit effectué aux destinataire(s) désigné(s) dans l'exposé de la situation. Je donne mon accord pour que le travailleur social et le médecin référent soient informés de la suite donnée à ma demande. Mettre la mention « bon pour consentement » Date : Signature :	J'atteste avoir pris connaissance des pièces justificatives en lien avec cette demande. Date Signature

Rappel : Ce formulaire de demande d'aide financière et l'ensemble des pièces qui l'accompagnent, doivent être envoyé au Comité Départemental de la Ligue (voir adresse sur la première page).

► **Exposé de la situation (vous pouvez joindre à votre rapport une feuille libre en annexe)**
(Précisez les éléments qui mettent en évidence les difficultés rencontrées par la personne ou ses proches, créées ou aggravées par le cancer)

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.



CERTIFICAT MEDICAL
A DETACHER ET A REMETTRE SOUS PLI CACHETE
Ligue contre le cancer
Commission sociale

ZI du SOUSSON – 32550 PAVIE

DESTINE AU MEDECIN DE LA COMMISSION SOCIALE DU COMITE 32
DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER

(Document détruit après la commission sociale)

Je soussigné(e) Docteur :
Atteste que Madame/Monsieur (Prénom / Nom) :
Né(e) le :
Est suivi(e) pour (précisez le type de cancer) :
Date de début de la maladie :

Actuellement :

☐ En cours de traitement : précisez le ou les traitements :

.....
.....

☐ Sous surveillance

☐ Autre :

Retentissements sur la vie sociale et familiale (persistance éventuelle de complications ou de séquelles suite à la maladie cancer et/ou aux traitements) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Certificat établi le/...../.....

Signature et cachet