

**LIGUE CONTRE LE CANCER - COMITE des PYRENEES ORIENTALES**

Adresse : Résidence la Promenade – Bât 16 les Pâquerettes  
4 rue du lieutenant Farriol – 66000 PERPIGNAN  
Tél : 04.68.35.16.16  
Mail : cd66@ligue-cancer.net

Dossier n° \_\_\_\_\_

Reçu le \_\_\_\_\_

Relance du \_\_\_\_\_

Clôture dossier le \_\_\_\_\_

Saisie n° \_\_\_\_\_

## COMMISSION SOCIALE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

**Organisme et travailleur social à l'origine de la demande**

(Les demandes doivent être instruites obligatoirement par un travailleur social)

Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du travailleur social : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél (direct si possible) : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

**Identité du malade :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**Identité du demandeur si différent du malade :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE :**

Motif de la demande : \_\_\_\_\_

Montant de l'aide sollicitée : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire : ordre du chèque : \_\_\_\_\_

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.

► **Pièces à joindre au dossier :**

- **Certificat médical de l'oncologue** mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le médecin cancérologue (cf. modèle type). **En l'absence d'un certificat médical, aucune demande ne pourra être examinée. Il doit être adressé sous pli cacheté à la commission et comporter les informations requises dans le modèle type.**
- **Factures ou devis des frais liés à la demande d'aide**

Les informations recueillies sont nécessaires pour traiter votre demande d'aide financière. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à ces informations. Vous pouvez l'exercer en vous adressant à : [indiquez-ici le service et/ou la personne à qui s'adresser ainsi que ses coordonnées : téléphone et courriel].

### ► Coordonnées du malade

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle    **Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date naissance :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_ **Tél :** \_\_\_\_\_

### ► En cas de décès du malade, coordonnées du demandeur

**Date du décès :** \_\_\_\_\_

**Nom et Prénom du demandeur :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_ **Tél :** \_\_\_\_\_

### ► Situation familiale du malade ou du demandeur

☐ Personne seule sans enfant à charge

☐ personne en couple sans enfant à charge

☐ Personne seule avec enfants à charge

☐ personne en couple avec enfants à charge

Nombre de personne au foyer : \_\_\_\_\_

| Nom | Prénom | Parenté avec le demandeur | Date de naissance | Situation scolaire, professionnelle |
|-----|--------|---------------------------|-------------------|-------------------------------------|
|     |        |                           |                   |                                     |
|     |        |                           |                   |                                     |
|     |        |                           |                   |                                     |
|     |        |                           |                   |                                     |

### ► Situation professionnelle de la personne malade ou du demandeur

☐ Salarié : profession : \_\_\_\_\_ Temps plein ☐ Temps partiel : \_\_\_\_\_ %

☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise

☐ Profession libérale

☐ Si en arrêt de travail : date de début : \_\_\_\_\_

☐ Retraité

☐ Invalidité ☐ handicap

☐ Demandeur d'emploi indemnisé

☐ Bénéficiaire d'un minima social

☐ Étudiant

☐ Autre : \_\_\_\_\_

#### REGIME DE SECURITE SOCIALE :

☐ Régime général

☐ MSA

☐ Régime fonction publique

☐ Régimes spéciaux

#### REGIME DE PREVOYANCE :

☐ CMUC ☐ AME

☐ Complémentaire santé

☐ Sans complémentaire santé :

☐ Autre : \_\_\_\_\_

**TUTELLE/CURATELLE :** ☐ Oui ☐ Non :

## ► Budget mensuel du foyer

| Ressources mensuelles                     | Demandeur | Conjoint(e) | Enfant 1 | Enfant 2 | Enfant 3 |
|-------------------------------------------|-----------|-------------|----------|----------|----------|
| Salaire, revenus d'activité, retraite     |           |             |          |          |          |
| Indemnités chômage                        |           |             |          |          |          |
| Indemnités journalières, compléments d'IJ |           |             |          |          |          |
| Pension d'invalidité, AAH                 |           |             |          |          |          |
| RSA                                       |           |             |          |          |          |
| Prestations familiales                    |           |             |          |          |          |
| Aide au logement                          |           |             |          |          |          |
| Pension alimentaire                       |           |             |          |          |          |
| Autres ressources                         |           |             |          |          |          |
| <b>Total :</b>                            |           |             |          |          |          |
| <b>TOTAL GENERAL</b>                      |           |             |          |          |          |

| Charges                                                           | Montant mensuel | Montant de la dette |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| Loyer ou crédit immobilier et charges de copropriété ou locatives |                 |                     |
| Eau, électricité, gaz                                             |                 |                     |
| Téléphone, internet                                               |                 |                     |
| Assurance habitation, véhicule                                    |                 |                     |
| Autres assurances (préciser)                                      |                 |                     |
| Complémentaire santé                                              |                 |                     |
| Crédits voiture                                                   |                 |                     |
| Crédits à la consommation (hors crédit immobilier)                |                 |                     |
| Impôts                                                            |                 |                     |
| Scolarité, cantine, garde, pension alimentaire                    |                 |                     |
| Autres (préciser)                                                 |                 |                     |
| <b>Total :</b>                                                    |                 |                     |

**RESTE POUR VIVRE** (Ressources – charges) = \_\_\_\_\_

### SURENDETTEMENT :

- ☐ Oui (plan de redressement à fournir)
 ☐ Non : \_\_\_\_\_
- ☐ En cours : date de dépôt de la demande : \_\_\_\_\_

## ► Aide pour les frais d'obsèques

Si la demande concerne une aide pour les frais d'obsèques, les démarches suivantes ont-elles effectuées :

### (RUBRIQUES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT)

|                                                                                                  |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| La banque du défunt : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>                  | Contrat obsèques : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Capital décès de la Sécurité sociale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | Mutuelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>         |

## ► Aides sollicitées auprès d'autres organismes et associations

### A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

| Organismes            | Date | Montant | Décision |
|-----------------------|------|---------|----------|
| Conseil départemental |      |         |          |
| CPAM                  |      |         |          |
| CAF                   |      |         |          |
| CCAS                  |      |         |          |
| Autre (préciser)      |      |         |          |
| Associations          | Date | Montant | Décision |
|                       |      |         |          |
|                       |      |         |          |

## ► Liste des pièces à joindre obligatoirement à la demande :

- ☐ Certificat médical
- ☐ Justificatif(s) de ressources : dernier bulletin de salaire, décompte IJ SS, attestation droits CAF, Indemnités chômage... pour chaque personne vivant au foyer (demandeur, conjoint(e), enfant majeur).
- ☐ Avis d'imposition
- ☐ Justificatif de la dépense pour laquelle la demande est faite
- ☐ Récépissé du dépôt de la demande de droit AAH

## ► Exposé de la situation (Vous pouvez joindre votre rapport sur une feuille libre)



**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du travailleur social :**

## ➔ DECLARATION DU DEMANDEUR

- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance des éléments contenus dans le dossier et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.
- ☐ En cas de décision favorable de la Ligue, je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire désigné.

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur :**