

## COMMISSION SOCIALE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

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

Nom : ..... Prénom : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

.....

Tel : ..... Mail : .....

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** 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.**
- **Factures ou devis des frais liés à la demande d'aide**
- **Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande (copie des justificatifs des revenus et des charges)**

COMITÉ DÉPARTEMENTAL du VAR

Adresse : 11 Rue Nicolas Appert

83100 TOULON

Tel : 04 94 62 08 09

Mail : [cd83@ligue-cancer.net](mailto:cd83@ligue-cancer.net)

**➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE**

**▶ Coordonnées du malade**

M.  Mme  Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

**▶ Situation familiale**

- personne seule sans enfants à charge
- personne en couple sans enfants à charge
- personne seule avec enfants à charge
- personne en couple avec enfants à charge
- autre situation

**▶ Renseignements concernant la famille**

Nombre de personne au foyer : .....

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

**▶ 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
  - Personne au foyer
  - Etudiant-scolarisé
  - Personne en invalidité
  - Personne handicapée
- } Inactif

**▶ Régime de sécurité sociale**

- MSA     Régime fonction publique     Régime général     Régimes spéciaux     RSI

**▶ Prévoyance**

- AME     CMUC     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**

Resources	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				
Allocation logement				
Pension alimentaire				
Autres ressources				
<b>Total</b>				

**CHARGES MENSUELLES**

Charges	Montant			
Loyer ou frais d'accession à la propriété <u>et</u> charges (locatives, de copropriété)				
Eau				
Electricité, gaz				
Téléphone, internet				
Impôts (revenus, Taxe foncière, habitation)				
Assurance (maison, civile, véhicule)				
Complémentaire santé				
Crédits (hors crédit immobilier)				
Scolarité (cantine, garde, transport)				
Pension alimentaire				
Impayés ou autre				
<b>Total</b>				

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

► Aides sollicitées auprès d'autres organismes

Organisme	Date	Montant	Décision

→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

MOTIF DE LA DEMANDE : .....

MONTANT DE L'AIDE SOLLICITEE : .....

BENEFICIAIRE : ORDRE DU CHEQUE : .....

**Consentement éclairé de communication de données sensibles**

Les informations recueillies sont nécessaires pour pouvoir statuer sur votre demande d'aide financière proposée par le Comité 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 le Comité du Var par mail (cd83@ligue-cancer.net) ou par courrier adressé au Comité du Var, 55 rue du Lt. Colonel Bernard, 83200 TOULON. 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 données collectées sont des données d'état civil, des données hautement personnelles : situation de famille, données économiques et financières (revenus, situation financière, R.I.B ...) et des données sensibles de santé (certificat médical).

**Pour être recevable, tout dossier doit impérativement être :**

<b>Signé par le demandeur</b> <i>« Je sollicite une aide financière au Comité du Var et déclare, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués »</i>  <i>« En cas d'une décision favorable, je donne mon accord pour que le versement soit effectué au destinataire désigné dans l'exposé de la situation. »</i>  Date :  Signature :	<b>Signé par l'assistant(e) social(e)</b>     Date :  Signature :
---	--