

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 à l'issue de 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

Tél. : 05.55.77.20.76. Fax : 05.55.77.19.57.

Assistante sociale : [helene.pirame@ligue-cancer.net](mailto:helene.pirame@ligue-cancer.net)

Site Internet : [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

**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.....

**Situation familiale** \*:

Nombre de personnes vivant au foyer :

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** \* :

N° Allocataire : ..... Organisme :

N° SS : ..... Organisme :

Mutuelle  CMU de base  Complémentaire Santé Solidaire  AME Nom de la mutuelle : ..... Sans complémentaire santé **Situation professionnelle** \*:

Dernière profession exercée \* : .....

Situation actuelle\* : en activité  en arrêt maladie  sans activité demandeur d'emploi  en invalidité  retraité **AUTRES PERSONNES AU FOYER\***

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Activité scolaire, professionnelle et sociale

**HABITATION-LOGEMENT\*****Propriétaire** Accession à la propriété 

Date de fin de règlement des annuités : .....

Mode de chauffage : Individuel  Collectif Electricité  Gaz  Bois  Fuel  autre :**Locataire** FJT  Privé  HLM **Hébergement** : A titre gratuit oui  non  ALT Parents  Amis  Squat  CHRS **DOSSIER DE SURENDETTEMENT\***Date : Oui  non **MESURE DE PROTECTION\***Type de mesure : ..... Oui  non **Organisme Bancaire :***Joindre un RIB*

<b>SITUATION FINANCIERE*</b>			
<b>RESSOURCES MENSUELLES</b>			
	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Autres</b>
Salaires			
Autre revenu d'activités (stages, apprentissage...)			
Indemnités de chômage			
Indemnités journalières d'assurance maladie ou autres caisses			
R.S.A.			
Allocation veuvage			
Retraites : (préciser)			
Allocation Soutien Familial			
A.A.H ou Pension d'Invalidité			
Pensions alimentaires			
Prestations Familiales			
Revenus Patrimoniaux (préciser)			
Autres (préciser)			
<b>TOTAL</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>A+B+C</b>	
<b>Montant des aides au logement</b>			
<b>Total général</b>			
<b>QUOTIENT FAMILIAL I :</b>	-----=		
	Nombre de personnes au foyer		

Mentions obligatoires \*

<b>Épargne montant total* :</b>			
<b>Type d'épargne* :</b>			

Mentions obligatoires \*

<b>CHARGES*</b>				
	<b>Montant calculé au mois</b>	<b>Echéances M, B, T, S, A</b>	<b>Echéances à régler dans le mois</b>	<b>Arriérés</b>
<b>Loyer (charges comprises) APL ou AL déduite</b>				
<b>Accession à la propriété APL ou AL déduite</b>				
<b>Gaz – électricité</b>				
<b>Autres dépenses de chauffage (fuel, bois...)</b>				
<b>Eau</b>				
<b>Mutuelle</b>				
<b>Assurance habitation</b>				
<b>Assurance voiture</b>				
<b>Téléphone fixe + portable + internet</b>				
<b>Frais de transport</b>				
<b>Garde d'enfants</b>				
<b>Cantine</b>				
<b>Impôts sur le revenu</b>				
<b>Taxe d'habitation</b>				
<b>Taxe foncière</b>				
<b>Huissier</b>				
<b>Découvert bancaire (dans colonne arriérés)</b>				
<b>Autres : .....</b>				
.....				
.....				
.....				
<b>TOTAL GENERAL DES CHARGES</b>				

<b>RESTE POUR VIVRE :</b>	<b>Total des ressources – total des charges principales</b> ----- <b>Nombre de personnes</b>	=
---------------------------	--	---

Mentions obligatoires \*

AIDES FINANCIERES ACCORDEES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS*			
Organisme	Date	Montant	Objet

**EVALUATION DE LA SITUATION \*** Dans l'encadré ci-dessous ou sur papier libre

**Diagnostic social** (constat et causes déclenchantes) **Plan d'aide global** (dont modalités d'accompagnement social préconisé) **Perspectives d'évolution....**

**PROPOSITION DU PLAN D'AIDE FINANCIERE DU TRAVAILLEUR SOCIAL\***

Motif de la demande\* : .....

Montant de l'aide sollicitée en accord avec le bénéficiaire\* : .....

Bénéficiaire (ordre du chèque)\* : .....

**AIDES LÉGALES ET EXTRA-LÉGALES SOLLICITÉES\* :**

Demande(s) en cours en attente de réponse\* : Organisme : ..... Montant/aide : .....

Organisme : ..... Montant/aide : .....

Organisme : ..... Montant/aide : .....

Demande(s) faite(s) \* : Organisme : ..... Accord  Rejet  Montant/aide : .....

Organisme : ..... Accord  Rejet  Montant/aide : .....

Mentions obligatoires \*

Nom, Prénom du travailleur social :

  

Mail :

Le .....

**Signature du travailleur social**

# 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**
- Justificatifs des ressources de moins de 2 mois (salaire, CAF, IJ, etc.)**
- Justificatifs des charges courantes**
- 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)**