



PYRÉNÉES-ORIENTALES

**COMITÉ DÉPARTEMENTAL des PYRÉNÉES  
ORIENTALES**

Adresse : Résidence la Promenade – Bât 16 les Pâquerettes  
– 4 rue du lieutenant Farriol – 66000 PERPIGNAN  
Tel : 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 e-mail]. »

► **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

Rubrique à renseigner obligatoirement

► **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

Demandeur d'emploi indemnisé

Étudiant

Invalidité/handicap

Bénéficiaire d'un minima social

Autre : .....

**REGIME DE SECURITE SOCIALE ET DE PREVOYANCE :**

CMU  CMUC

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 : .....



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

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

*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* :