

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
Mail : cd87@ligue-cancer.net
Tél. : 05.55.77.20.76.

COORDONNEES DU MALADEM. Mme Enfant

Nom et prénom * : Date de naissance* :

Adresse * :
.....

Code postal * : Ville* : ☎ * :

 Malade décédé leSi la personne qui effectue la demande n'est pas le malade :

Nom.....Prénom.....Lien de parenté.....

Adresse ☎

Date de naissance :

Situation familiale *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 AAH **Nombre de personnes vivant au foyer :****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 Oui non

SITUATION FINANCIERE*			
RESSOURCES MENSUELLES			
	Demandeur	Conjoint	Autres
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)			
TOTAL	A	B	C
	TOTAL GENERAL	A+B+C	
Montant des aides au logement			
Total général			
QUOTIENT FAMILIAL I :	-----=		
	Nombre de personnes au foyer		
		mesure :.....	
Organisme Bancaire : <i>Joindre un RIB</i>			

Mentions obligatoires *

Épargne montant total* :			
Type d'épargne* :			

Mentions obligatoires *

Mis à jour le 08/10/2024

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

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

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)**