



CE DOSSIER DOIT ÊTRE RENVOYÉ À VOTRE
COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE
LA LIGUE CONTRE LE CANCER.

Dossier n°
Reçu le
Certificat vu

COMMISSION SOCIALE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

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.

Pour tout renseignement ou toute précision relatifs à cette demande ou aux actions de la Ligue, n'hésitez pas à contacter le Comité départemental.

L'aide aux malades à la Ligue c'est aussi : l'accueil des malades et de leurs proches, de l'information, une écoute, la visite de bénévoles, un soutien psychologique, des ateliers divers....

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE

► Coordonnées du malade

Malade décédé

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Né(e) le : Téléphone :

Adresse :

Code Postal : Ville :

► Situation familiale

- Célibataire
- Marié(e)
- Vie maritale
- Divorcé(e)
- Séparé(e)
- Veuf (ve)
- Mineur
- Pacsé(e)

► Famille monoparentale

- OUI
- NON

► Nombre de pers. au foyer

.....

► Quotient familial :

► Renseignements concernant la famille

Conjoint(e) / Compagnon(e)

Nom : Prénom :

Né(e) le : Profession :

Enfants

Nom	Prénom	Age	Activité	à charge		Au foyer	
				oui	non	oui	non
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rubrique à renseigner obligatoirement

► Profession de la personne malade

Catégorie professionnelle

- Agriculteur
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Ouvrier, employé
- Jamais d'activité professionnelle
- Retraité

Actifs ?

- OUI →

- NON →

Statut

- Salarié
- Fonctionnaire
- Profession libérale
- Indépendant
- Demandeur d'emploi
- En arrêt de travail
- Retraité
- Personne au foyer
- Etudiant-scolarisé
- Personne en invalidité
- Personne handicapée

► 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 BF ou en cours

- OUI
- NON

► Budget (formulaire possible sous excel).

RESSOURCES MENSUELLES		CHARGES MENSUELLES	
⇒ SALAIRES		⇒ HABITATION	
Monsieur	<input type="text"/>	Loyer	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>	Accession à la propriété	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	EDF-GDF	<input type="text"/>
⇒ RETRAITE, PENSION D'INVALIDITE, AAH		Eau	<input type="text"/>
Monsieur	<input type="text"/>	Chauffage	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	Autres	<input type="text"/>
⇒ ALLOCATION RETOUR A L'EMPLOI (Ex ASSEDIC)		⇒ ASSURANCES	
Monsieur	<input type="text"/>	Mutuelle	<input type="text"/>
Madame	<input type="text"/>	Logement	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	Voiture	<input type="text"/>
⇒ R.S.A. Revenu de Solidarité Active		<input type="checkbox"/>	
Monsieur	<input type="text"/>	⇒ FRAIS DE SCOLARITE	
Madame	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ INDEMNITES JOURNALIERES		<input type="checkbox"/>	
Monsieur	<input type="text"/>	⇒ EMPRUNTS ET CREDITS	
Madame	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfants au foyer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ PRESTATIONS FAMILIALES		⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES	
Allocation familiales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aide au logement	<input type="text"/>	⇒ AUTRES CHARGES	
Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ PENSIONS ALIMENTAIRES		<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⇒ AUTRES RESSOURCES		<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>		
TOTAL		TOTAL	

DETTES

Loyers, factures impayées, retards de crédits, découverts bancaires, autres ...

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

► Renseignements concernant le travailleur social

Nom : Organisme :

Adresse :

Permanence : Téléphone : Mail :

► **Date de la demande :** Demande en urgence

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

Objet de la demande :

Dans votre exposé de la situation, il est indispensable d'indiquer le lien entre l'affection cancéreuse et le déséquilibre des ressources :

Date :

Signature du travailleur social :

► **Détails sur l'aide sollicitée**

Montant de l'aide sollicitée :

► **Aides sollicitées auprès d'autre organisme (A remplir impérativement)**

Organismes	date de la demande	montant sollicité	montant obtenu
<input type="checkbox"/> CARSAT/...../.....
<input type="checkbox"/> CAF/...../.....
<input type="checkbox"/> MSA/...../.....
<input type="checkbox"/> CE/...../.....
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)/...../.....

► **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**
- **Avis d'imposition**

→ **DECLARATION DU DEMANDEUR**

- Je reconnais avoir pris connaissance des éléments contenus dans le dossier et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués.

Date :

Signature :

RAPPEL : Votre dossier doit être renvoyé à votre comité départemental.

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 votre comité départemental par mail (uniquement pour les demandeurs de la Manche) :

cd50@ligue-cancer.net

ou par courrier adressé à :

La Ligue contre le cancer 19 Rue Maréchal Leclerc, 50000 Saint-Lô.

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 (nom, prénom, adresse etc.) ;**
- **Des données hautement personnelles : situation de famille, données économiques et financières (revenus, situation financière, R.I.B., etc.) ;**
- **Des données sensibles : de santé (certificat médical).**

Fait à Le : Nom :

Prénom :

Signature (faire précéder la signature de la mention « bon pour consentement »):