

## LIGUE CONTRE LE CANCER - COMITE des PYRENEES ORIENTALES

Adresse : Résidence la Promenade – Bât 16 les Pâquerettes

- 4 rue du lieutenant Farriol - 66000 PERPIGNAN

Tel: 04.68.35.16.16

Organisme et travailleur social à l'origine de la demande

Mail: cd66@ligue-cancer.net

Dossier n°
Reçu le
Relance du
Clôture dossier le Saisie n°

## COMMISSION SOCIALE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Identité du malade :

(les demandes doivent être instruites obligatoirement par un travailleur social)  Organisme: Adresse:	Nom : Prénom :				
Nom du travailleur social :  Prénom :  Tél (direct si possible) :  Mail :	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 :							
► En cas de	décès du ma	alade, coordonn	ées du demand	leur			
Adresse : Code Postal :	du demandeur : Ville :			Tél :			
Situation fa	imiliale du n	nalade ou du der	mandeur				
<ul> <li>□ personne seule sans enfant à charge</li> <li>□ personne seule avec enfants à charge</li> <li>□ personne en couple sans enfant à charge</li> <li>□ personne en couple avec enfants à charge</li> <li>Nombre de personne au foyer :</li> </ul>							
Nom	Prénom	Parenté avec le demandeur	Date de naissance	Situation scolaire, professionnelle			
				<del>oirement</del>			
		<sub>jue</sub> à renseit	<del>ner obligat</del>	DII O			
	<del>- Duhri</del> (	iue à renseix	9				
	Man	u					
► Situation p	rofessionne	lle de la personr	ne malade ou di	u demandeur			
☐ Artisan, comr☐ Profession lib	merçant, chef d' pérale	entreprise e début :		ps plein □ Temps partiel : %			
<ul> <li>□ Retraité</li> <li>□ Demandeur d'emploi indemnisé</li> <li>□ Étudiant</li> <li>□ Invalidité</li> <li>□ Bénéficiaire d'un minima social</li> <li>□ Autre :</li> </ul>							
REGIME DE S  Régime gén  MSA Régime fond Régimes spe	éral ction publique	IALE ET DE PREVO	YANCE:	☐ CMUC ☐ AME ☐ Complémentaire santé ☐ Sans complémentaire santé : ☐ Autre :			
TUTELLE/CUF	RATELLE : 🗆 C	Dui □ Non :					

En

▶Budget mensuel du foyer						
Ressources mensuelles	Deman	ndeur	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						
Total						
TOTAL GENERAL						
Charges			Montant mensu	ıel	Montant de	la dette
Loyer ou crédit immobilier			Montant mense		Wortant de	ia dette
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 imm	nobilier)					
Impôts						
Scolarité, cantine, garde, pension aliment	aire					
Autres (préciser)						
	Total					
RESTE POUR VIVRE (Ressources – charges) =						
SURENDETTEMENT:						
☐ Oui (plan de redressement à fournir) ☐ Non : ☐ En cours : date de dépôt de la demande :						

► Aide pour les frais d'obsèques	▶ Aide pour les frais d'obsèques						
Si la demande concerne une aide pour les frais d'obsèques, les démarches suivantes ont-elles effectuées :							
(RUBRIQUES A RENSEIGNER OBLIGATOIRE	MENT)						
La banque du défunt : o	ui 🗆	non 🗆	Contrat obse	èques : oui □	non 🗆		
Capital décès de la Sécurité sociale : o	ui 🗆	non 🗆	Mutuelle	: oui 🗆	non 🗆		
► Aides sollicitées auprès d'autres o	rganis	mes et a	ssociations				
			GATOIREMENT				
Organismes	D	ate	Montant	Décis	ion		
Conseil départemental CPAM				Lirement	, s		
CAF			- signer obli	gatolienia			
CCAS	eialle	à ren	<del>38191-19-</del>				
Autre (préciser)	Ilder	-1-	Montont	Dácia			
Associations	ט	ate	Montant	Décis	ion		
	•						
► Liste des pièces à joindre obligatoi	remen	it a la dei	mande :				
pour chaque personne vivant au foyer (dema Avis d'imposition	Justificatif(s) de ressources : dernier bulletin de salaire, décompte IJ SS, attestation droits CAF, Indemnités chômage pour chaque personne vivant au foyer (demandeur, conjoint(e), enfant majeur.						
<ul> <li>Justificatif de la dépense pour laquelle la der</li> <li>Récépissé du dépôt de la demande de droit la demande</li></ul>		est faite					
► Exposé de la situation (Vous pouvez	z joindı	re votre ra	apport sur une f	euille libre)			

	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
	Date :	Signature du travai	illour social :
	Date	Signature du travar	neur social .
<b>→</b> DECLARATION DU DEMANDI	EUR		
☐ Je reconnais avoir pris co			dossier et déclare
sur l'honneur l'exactitude des r	enseignements comm	nuniques.	
□ En cas de décision favorable de	la Ligue, je donne me	on accord pour le versement	de l'aide financière au
destinataire désigné.			
	Date :	Signature :	
	Date	Oignature.	