



COMITÉ DÉPARTEMENTAL de l'ORNE
8 Rue Camille Violand BP 16
61001 ALENCON cédex
Tel : 02.33.27.89.22 Fax : 02.33.28.65.87
Mail : cd61@ligue-cancer.net

Cadre réservé au Comité 61

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 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

.....

► 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
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

► Profession de la personne malade

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

☐ OUI →

☐ NON →

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

Exposé de la situation :

Date :

Signature du travailleur social :

► **Détails sur l'aide sollicitée**

Montant de l'aide sollicitée :

Bénéficiaire : **ordre du chèque** :

► **Aides sollicitées auprès d'autre organisme**

Organismes	date de la demande	montant sollicité	montant obtenu
☐ CARSAT	/...../.....		
☐ CAF	/...../.....		
☐ MSA	/...../.....		
☐ CE	/...../.....		
☐ 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.
- **Factures ou devis des frais liés à la demande d'aide**
- **Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande (copie du dossier 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.
- ☐ En cas de décision favorable de la Ligue, je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire désigné ci-dessus.

Date :

Signature :