

DEMANDE : ☐ **Aide financière**

☐ **Maintien à Domicile**

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DES HAUTS-DE-SEINE

Adresse : **242, Boulevard Jean Jaurès**

92100 Boulogne-Billancourt

Tel : **01 55 69 18 18**

Mail : **commission@liguecancer92.org**

Dossier n°

Reçu le

Certificat joint ☐

Renseignements concernant le travailleur social à l'origine de la demande

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

Permanence :

Téléphone : Mail :

Les aides financières sont des aides ponctuelles qui peuvent 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 relative à cette demande ou aux actions de la Ligue, n'hésitez pas à contacter le Comité des Hauts-de-Seine

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....

Pièces à joindre au dossier :

- **Certificat médical** avec un descriptif complet 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.** Un modèle vous est proposé si besoin.

- **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 si nécessaire...)**

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 : Léa Besson, Chargée d'aide aux malades, joignable au 01 55 69 18 14 ou à commission@liguecancer92.org

Renseignements concernant le malade et sa famille

Coordonnées du malade :

☐ M. ☐ Mme ☐ Enfant

N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :

☐ Malade décédé

Situation familiale

☐ personne seule sans enfants à charge

☐ personne en couple sans enfants à charge

☐ personne seule avec enfants à charge

☐ personne en couple avec enfants à charge

Renseignements concernant la famille

Nombre de personnes au foyer :

Nom	Prénom	Parenté avec le demandeur	Date de naissance	Situation scolaire, professionnelle

Profession de la personne malade ou dernière profession exercée :

.....

Catégorie socio-professionnelle (INSEE) :

☐ Agriculteur

☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise

☐ Cadre supérieur, profession intellectuelle

☐ Profession intermédiaire

☐ Ouvrier, employé

☐ Jamais d'activité professionnelle

☐ Retraité

Statut :

Actif :

☐ Salarié ☐ Fonctionnaire

☐ Profession libérale ☐ Indépendant

☐ Demandeur d'emploi ☐ En arrêt de travail

Si inactif :

☐ Retraité ☐ Personne au foyer

☐ Etudiant-scolarisé ☐ Personne en invalidité

☐ Personne handicapée

Régime de sécurité sociale :

☐ MSA ☐ Régime fonction publique ☐ Régime général ☐ Régimes spéciaux ☐ RSI

Complémentaire santé :

☐ AME ☐ CMUC ☐ ACS ☐ Complémentaire santé ☐ Sans complémentaire santé

Surendettement - Dossier déposé à la Banque de France ou en cours de constitution :

☐ OUI ☐ NON

Budget mensuel du foyer (formulaire possible sous excel)**RESSOURCES MENSUELLES**

Origine	Demandeur	Conjoint(e)	Autre :.....	Total
Salaire, revenus d'activité				
Indemnités chômage				
Indemnités journalières, compléments d'IJ				
Retraite, pension d'invalidité, AAH (rayer la mention inutile)				
RSA				
Prestations familiales, aide au logement				
Pension alimentaire				
Autres ressources (précisez)				
Total				

CHARGES MENSUELLES

Origine	Montant
Loyer ou frais d'accession à la propriété et charges (locatives, de copropriété)	
Eau, électricité, gaz	
Téléphone, internet	
Assurances habitation, responsabilité civile, véhicule	
Complémentaire santé : Le nom.....	
Crédits (hors crédit immobilier)	
Impôts	
Autres (précisez)	
Transport	
Total	

RESTE POUR VIVRE (Ressources - charges / nombre de parts)¹ =

MOYENNE JOURNALIERE (Reste pour vivre/30) =

¹ Nombre de parts : 1 personne = 1 part sauf pour les personnes seules = 1,5

Aides sollicitées auprès d'autres organismes :

Organismes	Date	Montant	Décision

Renseignements concernant la demande

MOTIF DE LA DEMANDE :
MONTANT DE L'AIDE SOLLICITÉE :
BÉNÉFICIAIRE : ORDRE DU CHÈQUE :
Le chèque sera adressé au travailleur social qui le remettra au demandeur.
OBJET DE LA DEMANDE :

Exposé de la situation (Veuillez joindre votre rapport sur papier libre en incluant les informations suivantes)

Objet de la demande : Exposé de la situation :

Date :
Nom, Prénom :
Signature du travailleur social :

Déclaration 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.

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 ou par courrier. 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).

Nom et Prénom :

Date :

Signature du demandeur précédée de la mention « Bon pour consentement » :

Cadre réservé à la Commission sociale

Commission du/...../.....

Dossier Numéro

☐ Demande acceptée pour un montant deeuros

☐ Demande refusée

Motif :
.....

☐ Renvoi à la prochaine commission, en attente des renseignements ou justificatifs suivants :
.....

Date :

Signatures :



CERTIFICAT MÉDICAL TYPE À REMETTRE SOUS PLI CACHETÉ

DESTINÉ AU MÉDECIN DE LA COMMISSION SOCIALE DU COMITÉ 92
DE LA LIGUE CONTRE LE CANCER
(Document détruit après la commission sociale)

Je soussigné(e) Professeur/Docteur :

Praticien dans l'établissement :

Atteste que Madame/Monsieur (Prénom / Nom) :

Né(e) le :

est suivi(e) pour (type de cancer) :

Date du diagnostic :

Evolution de la maladie :

Différents traitements réalisés :

Situation clinique actuelle :

Traitement en cours :

Traitement terminé (date de fin de traitement) :

☐ Sous surveillance

☐ Autre :

Retentissements sur la vie sociale et familiale (persistance éventuelle de complications ou de séquelles suite à la maladie cancer et/ou aux traitements) :

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

Certificat établi le
Signature et cachet

ANNEXE – ATTRIBUTION D'AIDE FINANCIERE AUX MALADES ATTEINTS DE CANCER

Nos aides financières sont accordées grâce à la générosité de nos donateurs. Elles ont **un caractère ponctuel** et sont **complémentaires de dispositifs d'aide sociale de droit commun**. Le fait que les aides de la Ligue soient ponctuelles ne signifie pas qu'une nouvelle aide ne puisse pas être accordée.

(Pour examiner une demande, il est nécessaire de vérifier quelles aides ont déjà été sollicitées auprès du Comité de la Ligue pour la même personne, acceptées ou refusées dans l'année qui précède, de date à date).

Fiscalement, le secours financier est considéré comme une allocation exceptionnelle, non renouvelable, d'un montant limité, attribué à titre individuel compte tenu des résultats d'une enquête sociale. Il ne constitue pas un revenu imposable.

- ✓ Le demandeur doit résider dans le département des Hauts de Seine.
- ✓ Le demandeur doit être traité pour un cancer.
- ✓ Après la fin du traitement une demande ne peut être présentée que durant les 12 mois suivants.

CRITERES

- ✓ L'aide financière ponctuelle est accordée une fois par an de date à date.
- ✓ Dans le cas où l'aide concerne le loyer, l'aide peut être accordée jusqu'à concurrence de 3 mois de loyer (résiduel). Dans ce cas (sauf exception à justifier) l'aide sera payée au bailleur (joindre le RIB du bailleur).
- ✓ Dans le cas où l'aide concerne la Mutuelle, elle peut être accordée en complément d'une aide précédemment accordée.

DOSSIER Le dossier doit être accompagné de :

- ✓ Un certificat médical (obligatoire et sous pli fermé) qui fait état de la pathologie du demandeur destiné au médecin membre de la Commission.
- ✓ un chèque bancaire sera établi pour le montant de l'aide accordée au nom du patient demandeur, adressé au travailleur social qui a établi le dossier pour être finalement remis au patient demandeur. ✓ les justificatifs des Ressources et des Charges.
- ✓ les justificatifs de devis ou factures (mutuelle, prothèses, équipement...).
- ✓ La demande doit être instruite par un travailleur social sur l'imprimé du Comité des Hauts de Seine.
- ✓ La demande doit être signée par le demandeur.
- ✓ L'enquête sociale doit être enregistrée au Secrétariat de coordination des Services Sociaux de l'arrondissement sur lequel est domicilié le patient.
- ✓ La demande d'aide financière doit être motivée soit par une absence ou une baisse de ressources due à la maladie, soit par une ou des dépenses supplémentaires liées à la santé.
- ✓ La demande doit être chiffrée et la nature de l'aide indiquée.

COMMISSION

- ✓ Elle se réunit une fois par mois sauf au mois d'août. Elle est composée d'un Médecin administrateur ou son suppléant, de plusieurs administrateurs du Comité.
- ✓ La Commission décide de l'aide à accorder en fonction de la « Moyenne Journalière » ainsi que du rapport social rédigé par le travailleur social qui expose la situation du ménage : difficultés rencontrées, perspectives, démarches en cours, aides légales sollicitées et des crédits budgétaires disponibles du Comité.

Pour des informations concernant la Commission Sociale, vous pouvez contacter Christopher Gardinier, chargé d'aide aux malades au 01 55 69 18 14 (heures de bureau) ou à commission@liguecancer92.org