



**Comité Départemental d'Eure et Loir
de la Ligue contre le cancer**

27 Bis av. de la République – 28600 LUISANT

Tél : 02 37 21 19 50

Mail : cd28ligue.net@orange.fr

Dossier n°

Reçu le

Certificat vu

COMMISSION SOCIALE

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

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

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

.....

Permanences (jours et horaires) :

Téléphone : Mail :

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.

Tout dossier de demande d'aide financière doit être complété et envoyé à l'adresse du Comité ou par mail par un travailleur social. Les dossiers incomplets et/ou non signés par le travailleur social, seront automatiquement retournés sans être traités.

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

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- **Le certificat médical**, mentionnant la nature de la maladie et son actualité, signé par le médecin traitant ou le cancérologue. Sans certificat médical, le dossier ne pourra être examiné. Un modèle recommandé est en pièce jointe.
- **Factures ou devis** des frais liés à la demande d'aide.
- **Tout document** permettant une meilleure compréhension de la demande (justificatifs de ressources, de charges, factures, quittances, dernier avis d'imposition etc.)

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE MALADE ET SA FAMILLE

► **Coordonnées de la personne malade :** Personne Malade décédé

M. Mme

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mail :

► 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/le foyer

Nombre de personnes au foyer :

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

Rubrique à renseigner obligatoirement

► Profession de la personne malade

Citez la profession :

Catégorie socio-professionnelle

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

Statut

- Salarié
- Fonctionnaire
- Profession libérale
- Indépendant
- Demandeur d'emploi
- En arrêt de travail

Actif

- Retraité
- Bénéficiaire du RSA
- Personne au foyer
- Etudiant-scolarisé
- Personne en invalidité
- Personne handicapée

Inactif

► Régime de sécurité sociale

MSA Régime fonction publique Régime général Régimes spéciaux SSI

► Prévoyance

AME Complémentaire Santé Solidaire Complémentaire santé Sans complémentaire santé

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

OUI NON

RESSOURCES MENSUELLES

Ressources (Rayer les mentions inutiles)	Demandeur en €	Conjoint(e) en €	Autre en €	Total en €
Salaire, revenus d'activité				
Indemnités chômage				
Indemnités journalières, compléments d'IJ				
Retraite, pension d'invalidité, AAH				
RSA				
Prestations familiales, aide au logement, prime d'activité				
Pension alimentaire				
Autres ressources				
TOTAL				

CHARGES MENSUELLES

Charges	Montant
Loyer ou frais d'accession à la propriété <u>et</u> charges (locatives, de copropriété)	
Eau, électricité, gaz	
Téléphone, internet	
Assurance (maison, civile, véhicule)	
Complémentaire santé : précisez le nom	
Crédits (hors crédit immobilier)	
Impôts	
Scolarité, cantine, garde, pension alimentaire	
Transport	
TOTAL	

DETTES :

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

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

► Consentement éclairé de communication de données sensibles

« Les informations recueillies sont nécessaires pour pouvoir statuer sur votre demande d'aide financière 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 (cd28ligue.net@orange.fr) ou par courrier adressé à la **Ligue contre le Cancer, Comité 28**. 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 finalités secondaires sont l'élaboration de statistiques d'usage à des fins d'édition de rapport d'activité et de rapport de plaidoyer ».

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, etc...), des données sensibles de santé (certificat médical). »

Pour être recevable, tout dossier doit impérativement être daté et signé et entièrement rempli :

Signé par le demandeur

Je sollicite une aide financière du Comité 28 de la Ligue contre le cancer et déclare, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués.

En cas d'une décision favorable, je donne mon accord pour que le versement soit effectué aux destinataire(s) désigné(s) dans l'exposé de la situation.

Je donne mon accord pour que le travailleur social et le médecin référent soient informés de la suite donnée à ma demande.

Date :

Signature :

(Faire précéder la signature de la mention : « **Bon pour consentement** »)

Signé par l'assistant(e) social (e)

J'atteste avoir pris connaissance des pièces justificatives en lien avec cette demande.

En cas de décision favorable du comité d'Eure et loir de la Ligue contre le cancer, je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au demandeur de ce dossier désigné ci-dessus (rayez la mention inutile) OUI / NON

Date :

Signature et cachet du travailleur social :

