



**COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE SEINE-MARITIME**

Adresse : Commission Sociale  
39 rue de l'hôpital BP 512  
76005 ROUEN CEDEX

Tel : 02.35.89.20.26

Mail : cd76@ligue-cancer.net

Dossier n° .....

Reçu le .....

Certificat vu

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

Nom : ..... Prénom : .....

Organisme : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Mail : .....

**Demande en urgence**

## 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....

► **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.** 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...)**

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]. »

## → RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE ET SA FAMILLE

### ► Coordonnées du malade

Malade décédé

M.  Mme  Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

### ► 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

Rubrique à renseigner obligatoirement

### ► Profession de la personne malade

.....

#### 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
- Personne au foyer
- Etudiant-scolarisé
- Personne en invalidité
- Personne handicapée

### ► Prévoyance

AME  Complémentaire santé  Sans complémentaire santé

Complémentaire Santé Solidaire :  non participative  participative

**RESSOURCES MENSUELLES**

Ressources	Demandeur	Conjoint(e)	Autre :...	Total
Salaire, revenus d'activité				
Indemnités chômage				
Indemnités journalières				
Compléments d'IJ (si pas de cplt IJ voir pourquoi)				
Retraite, pension d'invalidité, AAH (rayer la mention inutile)				
RSA				
Prestations familiales, aide au logement				
Pension alimentaire				
Autres ressources				
<b>Total</b>				

**CHARGES MENSUELLES**

Charges	Montant	Autre : ...
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		
<b>Total</b>		

**RESTE POUR VIVRE PAR JOUR ET PAR PERSONNE** (Ressources – charges / nombre de personnes\* / 30 jours)

*\*Personnes vivant sous le même toit*

= .....

**DETTES :** .....

**SURENDETTEMENT – DOSSIER DEPOSE A LA BANQUE DE FRANCE OU EN COURS**  OUI  NON

► Aides sollicitées auprès d'autre organisme

Organisme	Date	Montant	Décision

► Le malade a-t-il déjà bénéficié d'une aide financière de la part de la Ligue contre le cancer

OUI\*     NON

\*Si oui, précisez : la ou les dates .....

le ou les montants des sommes accordées .....

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

MOTIF DE LA DEMANDE : .....

.....

MONTANT DE L'AIDE SOLLICITEE : .....€

BENEFICIAIRE DE L'AIDE

LA PERSONNE MALADE : .....

Ou

○ UN TIERS (PERSONNE PHYSIQUE)

NOM - PRENOM : .....

LIEN AVEC LA PERSONNE MALADE : .....

○ UN TIERS (PRESTATAIRE)

NOM DU PRESTATAIRE : .....

**► Exposé de la situation (Vous pouvez joindre votre rapport sur une feuille libre si possible non manuscrite)**

**Exposé de la situation :**

*Date :*

*Signature du travailleur social et tampon de la structure :*

**→ 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 :*

## 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 [cd76@ligue-cancer.net](mailto:cd76@ligue-cancer.net) ou par courrier adressé à Ligue Contre le Cancer 39 rue de l'hôpital BP512 76005 ROUEN. 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](mailto: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 ») :**