

COMITÉ DÉPARTEMENTAL des Côtes d'Armor
Accueil : 1, Rue Alain Colas 22950 TRÉGUEUX
Téléphone : 02.96.94.78.14
Mail : apm22@ligue-cancer.net

Dossier n°

Reçu le

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

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

Permanence :

Téléphone : Mail :

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 relative 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....

► **Attention** : l'ensemble des items doit être complété et le formulaire signé du travailleur social et du bénéficiaire.

► **CHECK-LISTE à cocher obligatoirement** : Pièces à joindre au dossier (en l'absence des pièces, le dossier ne pourra être examiné).

☐ **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. Un modèle vous est proposé en fin de formulaire.

☐ **Avis d'imposition de chaque membre du foyer** (éléments de connaissance du foyer : copie du livret de famille, fiche d'état civil des membres du foyer ou couverture sociale auprès de votre organisme d'assurance maladie).

☐ **Attestation du quotient familial CAF du foyer**

☐ **Factures ou devis** des frais liés à la demande d'aide.

☐ **La note sociale** rédigée par le travailleur social demandeur (sur le formulaire ou papier libre)

☐ **Tout document permettant une meilleure compréhension de la demande** (justificatifs de ressources, de charges, etc.).

➔ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE MALADE ET SA FAMILLE

► Coordonnées de la personne malade

☐ M. ☐ Mme ☐ Personne Malade décédée : date du décès

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom et Prénom du demandeur si différent du malade (préciser le lien avec la personne malade) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail :

Téléphone :

► Situation familiale

☐ Personne seule sans enfant à charge ☐ Personne en couple sans enfant à charge ☐ Autre

☐ Personne seule avec enfant(s) à charge ☐ Personne en couple avec enfant(s) à charge

► Composition du foyer

Total nombre de personnes au foyer (y compris le demandeur) :

Nom	Prénom	Parenté avec le demandeur	Age	Situation scolaire, professionnelle	Personne au foyer	Personne à charge
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐
					☐	☐

► Situation professionnelle de la personne malade

Catégorie socio-professionnelle

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

Statut

- | | |
|--|---|
| Actif | Inactif |
| ☐ Salarié | ☐ Retraité |
| ☐ Fonctionnaire | ☐ Bénéficiaire du RSA |
| ☐ Profession libérale | ☐ Personne au foyer |
| ☐ Indépendant | ☐ Etudiant-scolarisé |
| ☐ Demandeur d'emploi | ☐ Personne en invalidité |
| ☐ En arrêt de travail | ☐ Personne handicapée |

PROFESSION (Actuelle ou précédente) :

.....

Date de l'arrêt maladie initial en lien avec le cancer :

Date de l'arrêt secondaire le cas échéant :

► Régime de sécurité sociale

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

► Complémentaire santé (mutuelle)

☐ AME ☐ Complémentaire Santé Solidaire ☐ Complémentaire santé ☐ Sans complémentaire santé

► **Prévoyance (complément d'indemnités journalières ou de revenus)**

☐ Oui : délai de carence jours et durée de la garantie mois ☐ Non

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

☐ OUI Date /période de dépôt ☐ NON

► **Budget mensuel du foyer**

RESSOURCES MENSUELLES

Ressources	Demandeur	Conjoint(e)	Autre personne	Total
Salaire, revenus d'activité / mois				
Indemnités chômage / mois				
Indemnités journalières, compléments d'IJ / mois				
Retraite/ mois				
Pension d'invalidité ou rente accident du travail / mois				
AAH / mois				
RSA / mois				
Prestations familiales, aide au logement / mois				
Pension alimentaire / mois				
Autres ressources (Revenus fonciers, rentes, ...) préciser.....				
Total				

CHARGES MENSUELLES

Charges	Demandeur	Conjoint(e)	Autre personne	Total
Loyer brut (y compris charges locatives) / mois (hors APL)				
Frais d'accession à la propriété (y compris charges de copropriété) / mois				
Eau, électricité, gaz/ mois				
Téléphone, internet/ mois				
Assurance (maison, civile, véhicule) / mois				
Complémentaire santé / mois				
Crédits (hors crédit immobilier) / mois				
Impôts revenus et fonciers / mois				
Scolarité, cantine, garde, pension alimentaire / mois				
Autres / mois : préciser				
Total				

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

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

► Emprunts – Crédits – Dettes

Organisme / Créancier (Préciser)	Date du prêt ou dette	Montant du prêt ou de la dette	Échéance mensuelle	Assurance de prêt	Si oui	
					Assureur contacté	Relais par l'assurance débuté
				☐ Oui ☐ Non Taux* :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Oui ☐ Non Taux :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Oui ☐ Non Taux :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Oui ☐ Non Taux :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Oui ☐ Non Taux :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Oui ☐ Non Taux :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

*Taux : Pourcentage couvert par assurance emprunteur

Préciser les motifs de refus ou délais / carences des assurances de prêt le cas échéant :

.....

.....

.....

.....

► Situation bancaire

Découvert en cours : ☐ OUI ☐ NON Montant :

Précisez si besoin :

.....

► Aides sollicitées auprès d'autre organisme

Organisme	Date	Montant	Décision
			☐ Accord ☐ Refus ☐ Délais
			☐ Accord ☐ Refus ☐ Délais
			☐ Accord ☐ Refus ☐ Délais
			☐ Accord ☐ Refus ☐ Délais

→ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA DEMANDE

MONTANT DE L'AIDE SOLLICITEE :

MOTIF DE LA DEMANDE (SI PLUSIEURS MOTIFS, IDENTIFIER LE MOTIF PRINCIPAL) :

☐ **Aide financière liée à la construction du projet de vie :** ☐ Vie professionnelle ☐ Vacances / Loisirs (non éligible sauf exception)
☐ Aide à l'installation / aménagement ☐ Autre

☐ **Aide financière liée à la maladie :** ☐ Matériel (prothèse...) ☐ Congés d'accompagnement ☐ Forfait journalier ☐ Frais de déplacements / hébergement ☐ Dépassement d'honoraire (non éligible sauf exception) ☐ Autre :

☐ **Aide financière pour la vie quotidienne :** ☐ Alimentaire ☐ Loyer ☐ Enfant ☐ Assurance ☐ Energie (Eau, électricité, gaz...)
☐ Equipement ménager-mobilier ☐ Mutuelle ☐ Impôts ☐ Autre :

☐ **Aide financière pour l'aide humaine :** ☐ Aide-ménagère/auxiliaire de vie/TISF/garde-malade ☐ Portage de repas ☐ Autre.....

☐ **Aide financière post-décès :** ☐ Reliquats de frais de soins ou d'équipement non-remboursés ☐ Frais d'obsèques (non éligible sauf exception) ☐ Aide aux enfants mineurs ☐ Autre :

EN CAS D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE FINANCIERE PAR LA COMMISSION, LE MONTANT A REGLER SERA DIRECTEMENT TRANSMIS AU DEMANDEUR de préférence par ☐ Chèque ☐ Chèque de service
(La décision finale du mode de règlement sera laissée à l'appréciation de la Commission Sociale)

PAR EXCEPTION LE REGLEMENT POURRA ETRE FAIT A UN TIERS PROFESSIONNEL NOTAMMENT DANS LE CAS DE FACTURES A VENIR (SERVICES D'AIDE A DOMICILE, ...). LE CAS ECHEANT, LE BENEFICIAIRE DONNE SON ACCORD :
☐ Oui ☐ Non **Préciser le tiers professionnel (nom et adresse)**

► **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 cd22@ligue-cancer.net ou par courrier adressé à la **Ligue contre le Cancer, Comité 22 – 1 rue Alain Colas – 22950 TREGUEUX**. 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 :**

Signé par le demandeur Je sollicite une aide financière du Comité 22 de la Ligue contre le cancer et déclare, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués et confirme mon consentement. Je donne mon accord pour que le travailleur social soit informé de la suite donnée à ma demande. Mettre la mention « bon pour consentement » : Date et Signature :	Signé par le travailleur social J'atteste avoir pris connaissance des pièces justificatives en lien avec cette demande. Date et Signature :
--	---

► Exposé social de la situation : **anonymisé, rédigé et signé** par un travailleur social (vous pouvez joindre à votre rapport une feuille libre en annexe)

Précisez les éléments qui mettent en évidence les difficultés rencontrées par la personne ou ses proches, créées ou aggravées par le cancer.

Signé par le travailleur social

Date et Signature :

CERTIFICAT MEDICAL
A DETACHER ET A REMETTRE SOUS PLI CACHETE
CD 22 Ligue contre le cancer
DESTINE AU MEDECIN DE LA COMMISSION SOCIALE
1 rue Alain Colas - Tréguen

Merci de renseigner toutes les rubriques (Document détruit après la commission sociale)

Je soussigné(e) Docteur :

Atteste que Madame/Monsieur (Prénom / Nom) :

Né(e) le :

Présente / a présenté une Pathologie cancéreuse avérée

DIAGNOSTIC

Date :

Organe ou Système affecté :

Classification TNM :

SITUATION MEDICALE ACTUELLE

☐ En soins actifs

☐ Traitement actif en cours // ☐ Traitement programmé

Préciser : ☐ Chimiothérapie ☐ Chirurgie ☐ Hormonothérapie ☐ Immunothérapie ☐ Radiothérapie

☐ Évolutivité

☐ Rémission ☐ avec suivi ☐ sans suivi

☐ Maladie considérée comme traitée / guérie : ☐ avec suivi ☐ sans suivi

☐ Séquelles (Préciser)

☐ Soins palliatifs

RETENTISSEMENT SUR LA VIE SOCIALE ET FAMILIALE

☐ Arrêt de travail en cours. Préciser date de début: et durée envisagée : mois

☐ Recours à un service d'aide à domicile ou envisagé. Préciser :

☐ Repas ☐ Ménage ☐ Nursing-Toilette ☐ Présence tierce personne

☐ Indice de Performance Status réalisé, score : 0 (Activité normale) – 1 – 2 – 3 – 4 (Invalide) - voir au verso

☐ Précisions particulières pour la Commission sociale (si besoin) :

Certificat établi le/...../.....

Signature et cachet

CERTIFICAT MEDICAL

Note d'information

LE MOT DU MEDECIN CONSEIL DE LA COMMISSION SOCIALE :

« Les informations demandées sont destinées à évaluer au plus près les besoins des personnes en demande d'une aide financière, dont

- l'incidence de la pathologie cancéreuse sur la vie quotidienne
- et
- l'impact sur les capacités budgétaires.

Toutes les précisions peuvent se révéler utiles voire indispensables pour statuer sur l'aide sollicitée.

Nous avons fait en sorte que sa rédaction vous soit la plus facilitée possible, en temps passé et intelligibilité.

Merci de votre précieuse collaboration.

Comme précisé en intitulé les données de ce certificat ne sont consultées que par le médecin de la commission sociale de la ligue, dans le respect de la déontologie

Confraternellement, le médecin de la ligue ».

L'indice de performance statuts (OMS)
0 Capable

L'INDICE DE PERFORMANCE STATUS (OMS)

0	Capable d'avoir une activité normale sans restriction.
1	Activité physique discrètement réduite mais ambulatoire moins de 25% du temps de jour au lit.
2	Ambulatoire, indépendant, mais incapable d'activité soutenue, debout moins de 50% du temps de jour.
3	Capable uniquement de satisfaire ses besoins propres. Confiné au lit près de 75% du temps de jour.
4	Invalide, ne peut satisfaire seul à ses besoins propres. Alité toute la journée.