



Dossier de demande d'aide

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Madame Monsieur

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

DATE DE NAISSANCE ____/____/____

TEL FIXE _____ TEL MOBILE _____

EMAIL _____@_____. _____

Numéro de sécurité sociale : _____

DONNÉES SOCIALES

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve) Pacsé(e) Concubin(e)

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE _____

Nom de la MUTUELLE _____

Nom de la PREVOYANCE _____

STATUT et CATÉGORIE PROFESSIONNELLE

(Sans profession, demandeur d'emploi, salarié, TNS, libéral, commerçant, artisan et secteur d'activité...)

PERSONNES RÉSIDANT AU FOYER (enfants, majeurs...)

(Noms, prénoms, date de naissance, parenté, profession, revenus...)

Aide sollicitée par l'intermédiaire d'un service social : Oui Non

TRAVAILLEUR SOCIAL / ASSOCIATION

NOM _____

PRÉNOM _____

TEL FIXE _____ **TEL MOBILE** _____

EMAIL _____@_____. _____

ORGANISME ACCOMPAGNANT (Centres Hospitaliers, Centres de Cancérologie, Cliniques, CAF, Conseil Général, ERI, CPAM, CARSAT, autres association, CCAS ...)

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ **VILLE** _____

EMAIL _____@_____. _____

TEL FIXE _____ **TÉLÉCOPIE** _____

EMAIL _____@_____. _____

Informations que vous souhaitez apporter à notre connaissance : 

DÉTAIL DES RESSOURCES ET CHARGES MENSUELLES

(joindre tous les justificatifs)

Pensez à diviser sur 12 mois vos charges annuelles

Tentez de contacter les différents organismes pour vous **mensualiser** durant la maladie

RESSOURCES	MOI	MON CONJOINT	DEPENSES	FAMILIALES
Salaires			Loyer	
Compléments employeur			Remboursement Prêt Immobilier	
Revenus NS (Artisans, Commerçants)			Charges de Co- Propriété	
Indemnité Pôle Emploi			Assurances Logement	
Indemnités Journalières			Assurance Véhicules	
Retraite			Assurances autres	
Retraite complémentaire			Taxe d'habitation	
Rente accident de travail			Taxe Foncière	
Invalité			Eau	
Pension Alimentaire			Électricité	
Prévoyance Privée			Téléphonie	
RSA			Pension Alimentaires versées	
AAH et compléments			Mutuelle santé	
Allocations Familiales			Frais de garde	
PAJE			Frais scolaires	
ASF			IRPP (impôts revenus)	
AEE H			Commission Surendettement	
Complément Libre Choix d'activité			Crédits consommation	
Allocation Logement APL ALS ALF			Crédit Travaux	
Dividendes Société			Crédit autres	
Revenus Locatifs			Autres	
TOTAL ENTREES case A			TOTAL SORTIES case B	

Reste MENSUEL Familial
Case A – B

CRITÈRES A SUIVRE :

1. Chaque demande doit être liée à la précarité générée par la maladie et doit comporter **un devis afin d'envisager le paiement et/ou une facture à acquitter.**
2. **Chaque dossier fait l'objet d'une étude en commission sociale (cf onglet « commission sociale ») et le soutien financier qui peut en découler est propre à chaque situation familiale et sociétale. (Logement, alimentaire, factures diverses de subsistance, garde d'enfants, soins de supports dans le cadre d'un contrat social LIFE...)**
3. Le dossier est **confidentiel**. En aucun cas ces données ne pourront être divulguées.
4. L'association n'a pas l'obligation de motiver son refus.
5. Afin de faciliter la prise en charge de votre demande, un courrier expliquant votre parcours nous permettra d'évaluer au mieux votre situation.
6. Les éléments de votre dossier anonymisés, nous permettrons de recueillir de précieuses informations et témoignages afin d'améliorer la prise en charge sociale du cancer, avec votre autorisation.

VEUILLEZ cocher la CASE ci-après : J'autorise LIFE à tenir des statistiques anonymes →

DOCUMENTS A FOURNIR :

1. Le dossier administratif doit être **accompagné obligatoirement d'un document médical** justifiant de la pathologie cancéreuse.
 2. Un bilan social établi par un travailleur social ou un courrier de la part du patient et/ou de sa famille expliquant la situation familiale.
 3. Tous justificatifs expliquant les chiffres repris dans le tableau des charges.
 4. Les deux derniers avis d'impositions, les derniers bulletins de salaires et/ou justificatifs de revenus.
- Tout élément qui vous paraît utile pour apprécier au mieux la situation réelle familiale.

Dossier complet à retourner

Par e-mail: contact@lifeisrose.fr

Par courrier à l'adresse suivante : Life is Rose – 127 Avenue du President JF Kennedy -
64200 Biarritz