



# Dossier de demande d'aide

DATE DE DÉPÔT DE LA DEMANDE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° DOSSIER \_\_\_\_\_

## DONNÉES ADMINISTRATIVES

Madame    Monsieur

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TEL FIXE \_\_\_\_\_ TEL MOBILE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

## DONNÉES SOCIALES

### SITUATION FAMILIALE

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

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE \_\_\_\_\_

### STATUT et CATÉGORIE PROFESSIONNELLE

(Sans profession, au chômage, salarié, TNS, dans quel secteur d'activité...)

---

---

---

---

### PERSONNES RÉSIDANT AU FOYER

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

---

---

---

---

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

## TRAVAILLEUR SOCIAL

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

TEL FIXE \_\_\_\_\_ TEL MOBILE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

ORGANISME SOLLICITANT L'AIDE (Hôpital, CAF, Conseil Général, assistante sociale ...)

\_\_\_\_\_

ADRESSE DE L'ORGANISME \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

TEL FIXE \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

# 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 cette période

	Enfant - de 3 ans	Enfant (4-18 ans)	Adultes	Retraités
Nbre de personnes				

Ressources mensuelles en €	Demandeur	Conjoint	Autres membres	Charges fixes mensuelles en €
----------------------------	-----------	----------	----------------	-------------------------------

## SALAIRES OU REVENUS

Salaires			
Complément employeur			
Rémunération de stage			
Revenus industriels et commerciaux			
Allocations chômage (ARE, ASS, ...)			
Indemnités journalières			
Autres			
TOTAL SALAIRES OU REVENUS			

## CHARGES FIXES CONTRAINTES

Loyer Total avec charges (hors parking)		
Remboursement emprunt immobilier		
Charges de copropriété		
Assurances (Nom + mensualités)		
Taxes habitation		
Taxes foncières		
Eau		
Electricité		
Pension alimentaire versée		
Téléphone Fixe		
Téléphone Mobile		
Remboursement commission surendett.		
Frais de garde		
Mutuelle santé (Nom+mensualités)		
Remboursement autres		
...		
TOTAL CHARGES FIXES CONTRAINTES		

## PENSIONS

Retraite (Vieillesse, reversion, guerre)			
Retraite complémentaire			
Rente accident travail			
Invalidité			
Pension alimentaire			
Autres			
TOTAL PENSIONS			

## PRESTATIONS SOCIALES

RSA			
AHH et compléments			
Allocations familiales			
PAJE			
ASF			
AEEH			
Complément libre choix activité			
Allocation logement (APL, ALS, ALF)			
Rappels éventuels (AF, AL, RSA, AAH ...)			
Autres			
TOTAL PRESTATIONS SOCIALES			

## AUTRES CHARGES

Frais de transport		
Cantines		
Frais scolarité		
Crédit Personnel		
Crédit véhicule		
Autres santé		
Autres charges		
...		
...		
TOTAL AUTRES CHARGES		

## AIDES FACULTATIVES

Allocations Solidarité de votre commune			
Autres			
...			
...			
...			
TOTAL AIDES FACULTATIVES			

## AUTRES DEPENSES

Autres		
...		
...		
...		
...		
TOTAL AUTRES DEPENSES		

TOTAL GENERAL RESSOURCES DU FOYER			
TOTAL GENERAL PAR PERSONNE			

TOTAL GENERAL CHARGES DU FOYER	
SOLDE DU FOYER	

### AVANT LA MALADIE :

RESTE A VIVRE MENSUEL	
RESTE A VIVRE JOURNALIER	

### APRES LA MALADIE :

RESTE A VIVRE MENSUEL	
RESTE A VIVRE JOURNALIER	

## CRITÈRES A SUIVRE

Le dossier administratif doit être **accompagné obligatoirement d'un certificat médical** justifiant de la pathologie cancéreuse.

1. L'aide financière ou matérielle accordée est en moyenne de 400€ par dossier et est limitée aux fonds détenus par l'association au moment du traitement de la demande.
2. Chaque demande doit être liée à la précarité générée par la maladie et doit comporter **un devis ou une facture acquittée** :
  - achat de prothèse capillaire
  - garde d'enfants
  - aide à domicile
  - soins (esthétiques, bien-être, santé...)
  - autres...
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. **De manière confidentielle ces éléments nous permettrons de recueillir de précieux témoignages afin d'améliorer la prise en charge sociale du cancer.**
7. Toute demande d'aide vous ouvre droit à l'adhésion offerte par l'association « Life is Rose » la première année.

## Dossier complet à retourner

**Par courrier à l'adresse suivante** : Life is Rose - 2 avenue Serrano - 64200 Biarritz

**Par e-mail**: [contact@lifeisrose.fr](mailto:contact@lifeisrose.fr)