



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			

PENSIONS

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

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	

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