



Dossier de demande de soutien financier

**Dossier à faire remplir par un.e assistant.e social.e
et à retourner à l'adresse ci-dessous ou par email**

Leucémie Espoir 57

23 Grand rue

57250 Moyeuvre Petite

Président : André BRAUN

06 47 88 09 44– leucemieespoir57@gmail.com

DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER

Enquête présentée par -----, assistant.e social.e.

Hôpital/Service -----

Téléphone/Email -----

Chèque à émettre à l'ordre de ----- en cas de virement transmettre un RIB (joindre justificatif ou facture)

MOTIF DE LA DEMANDE D'AIDE

Alimentaire

Transport

Frais d'obsèques

Hébergement

Prestation non remboursable ou partiellement remboursée

Autre (préciser) -----

DEMANDEUR

Nom Prénom -----

Adresse -----

Nationalité -----

Sécurité Sociale (N°) -----

Mutuelle -----

BENEFICIAIRE

Nom Prénom -----, Date de naissance / /

Adresse -----

Nationalité -----

Sécurité Sociale (N°) -----

Mutuelle -----

COMPOSITION FAMILIALE

Nom	Prénom	Parenté	Date de Naissance	Activité
-----	-----	-----	--/--/----	-----
-----	-----	-----	--/--/----	-----
-----	-----	-----	--/--/----	-----
-----	-----	-----	--/--/----	-----
-----	-----	-----	--/--/----	-----

-----PARTIE RESERVEE A LEUCEMIE ESPOIR 57-----

AVIS FAVORABLE

DEFAVORABLE

MONTANT ACCORDÉ : ----- €

CHEQUE

VIREMENT

AUTRE

N° chèque: -----

BENEFICIAIRE: -----

AIDE ACCORDEE PAR: -----

DATE: --/--/----

SIGNATURE:

RENSEIGNEMENTS

Ressources et charges

RESSOURCES (AVANT IMPOT)	MONTANT AVANT LA MALADIE	MONTANT PENDANT LA MALADIE	CHARGES	MONTANT MENSUEL
Salaire 1	----- €	----- €	Loyer / crédit immobilier	----- €
Salaire 2	----- €	----- €	Charges	----- €
Salaires des enfants au foyer	----- €	----- €	EDF-GDF	----- €
Revenus des ascendants au foyer	----- €	----- €	Eau	----- €
Indemnités maladie	----- €	----- €	Impôts sur le revenu	----- €
Pension vieillesse	----- €	----- €	Taxe d'habitation / redevance	----- €
Prestations familiales	----- €	----- €	Taxes foncières	----- €
Aide au logement	----- €	----- €	Téléphone	----- €
A.E.E.H.	----- €	----- €	Frais liés à la scolarité	----- €
A.A.H. / Pension invalidité	----- €	----- €	Frais de garde	----- €
RSA	----- €	----- €	Assurances (habitation, scolaire, voiture)	----- €
Pension alimentaire reçue	----- €	----- €	Pension alimentaire versée	----- €
Autres	----- €	----- €	Mutuelle	----- €
			Crédits autres	----- €
			Frais liés à la maladie	----- €
	TOTAL A	TOTAL B		TOTAL C

Ressources mensuelles nettes avant la maladie (A - C) = ----- €

Ressources mensuelles nettes après la maladie (B - C) = ----- €

Montant du soutien financier demandé = ----- €

Autres organismes sollicités

Observations :
