

Dossier de demande de soutien financier

Dossier à retourner à

85170 SALIGNY
Association Leucémie Espoir 85
16 la vergne

Président : Nathalie VIGREUX-PERONNET

Tél : 06 25 40 13 67 – l.e.85@leucemie--espoir.org

Enquête présentée par _____, assistante sociale

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentaire | <input type="checkbox"/> Hébergement |
| <input type="checkbox"/> Transport | <input type="checkbox"/> Prestation non remboursables ou partiellement remboursées |
| <input type="checkbox"/> Frais d'obsèques Autre | <input type="checkbox"/> (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

RESSOURCES	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	
Prestation 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	
TOTAUX	TOTAL A	TOTAL B		TOTAL C

Ressources mensuelles nettes avant la maladie (A-C) _____

Ressources mensuelles nettes après la maladie (B-C) _____

Moyenne économique par jour et par personne au (date) _____ montant _____

Montant du soutien financier demandé _____

Autres organismes sollicités _____

Date de la demande	Organisme	Montant demandé	Montant attribué
Observations :			

