



Association
Au-delà du Cancer

2 rue Saint Gilles
59140 Dunkerque
Tél : 03.28.61.91.40

Dossier n°
Date :

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE
TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE
(Une seule aide ne pourra être accordée par malade pour un même motif)

Intitulé du Service Social :
Adresse :
Nom de l'Assistante Sociale :
N° de téléphone :

Nom et prénom du malade :	Nom de jeune fille :
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél :	
Localisation de l'affection cancéreuse :	
Date de début de détection de la maladie :	

<u>Composition de la famille</u>	Nom	Prénom	Date de naissance	Santé	Profession	Observations
Père						
Mère						
Enfants						

Autres personnes vivant au foyer					
Lien de parenté	Nom	Prénom	Date de naissance	Santé	Observations

Ressources mensuelles de l'ensemble du foyer (Joindre les justificatifs de toutes les ressources)	Charges mensuelles à justifier + crédit(s)

**Reste à vivre par personne mensuellement :
IMPERATIVEMENT**

Avez-vous demandé d'autres aides ? OUI NON

- CCAS** date de la demande : Montant obtenu :
- CPAM** date de la demande : Montant obtenu :
- Mutuelle** date de la demande : Montant obtenu :
- Ligue contre le cancer**
date de la demande : Montant obtenu :
- Autre(s)**
date la demande : Montant obtenu :

Pour que la Commission puisse se prononcer sur la demande d'aide financière, veuillez nous faire parvenir dans les meilleurs délais, pour rappel tout dossier incomplet sera retourné :

- Certificat médical (de moins de 3 mois)
- Les justificatifs de ressources et charges
- Un rapport social
- Le montant de l'aide financière souhaitée
- Une demande motivée du demandeur
- Devis éventuel, facture impayée

Signature du Demandeur

Signature de l'Assistante Sociale

A compter du 1^{er} Mars 2020, en cas d'accord de la Commission, le chèque sera envoyé directement à l'Assistante Sociale avec un reçu à signer par le bénéficiaire et à renvoyer à notre association.