Demande de soutien financier

➔ Compétez ce formulaire
➔ Envoyez-nous un exemplaire du formulaire complété, accompagné des justificatifs nécessaires
➔ Un deuxième exemplaire pourra être conservé dans votre dossier.

Vous pouvez télécharger gratuitement Acrobat Reader



Action Leucémies
2, rue des Longs Prés
92100 Boulogne-Billancourt
Email : contact@action-leucemies.org
Site internet : https://www.action-leucemies.org

Action Leucémies

DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER

Enquête présentée par , Assistante Sociale

Hôpital / Service
Téléphone / Email

MOTIF DE LA DEMANDE D'AIDE

- ☐ Alimentaire
- ☐ Hébergement
- ☐ Transport
- ☐ Prestations non remboursables ou partiellement remboursées
- ☐ Frais d'obsèques
- ☐ 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

Action Leucémies

BUDGET MENSUEL

(Joindre les justificatifs)

RESSOURCES	MONTANT AVANT LA MALADIE	MONTANT PENDANT LA MALADIE	CHARGES	MONTANT MENSUEL
Salaire 1			Loyer / Crédit immobilier	
Salaire 2			Charges	
Salaire des enfants au foyer			EDF GDF	
Revenus des ascendants au foyer			Eau	
Indemnités maladie			Impôt sur le revenu	
Pension vieillesse			Taxe d'habitation	
Prestations familiales			Taxe foncière	
Aide au logement			Téléphone	
A. E. E. H.			Frais liés à la scolarité	
A. A. H. / Pension invalidité			Frais de garde	
RSA			Assurances	
Pension alimentaire reçue			Pension alimentaire versée	
Autres			Mutuelle	
			Autres crédits	
			Frais liés à la maladie	
TOTAL	A :	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 :

Date de la demande	Organisme	Montant demandé	Montant attribué
Observations :			

Action Leucémies

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
Compte-rendu de l'enquête médicale