



Action Leucémies



Demande de soutien financier

Pour compléter ce formulaire

Si vous utilisez les navigateurs Internet Explorer, Safari ou Google Chrome :

- Vous pouvez compléter le formulaire en ligne
- Puis imprimez-le en un ou deux exemplaires suivant vos besoins :
- un exemplaire sera à nous envoyer complété des justificatifs nécessaires.
- le deuxième exemplaire pourra être conservé dans votre dossier.

Si vous utilisez le navigateur FireFox :

→ **il ne vous sera pas possible de compléter le formulaire en ligne**, il faut enregistrer le fichier sur votre PC puis le compléter. Il faut avoir Acrobat Reader, gratuit sur le site <http://get.adobe.com/fr/reader/otherversions/>

Ensuite, imprimez-le pour nous l'envoyer avec les justificatifs nécessaires.



Action Leucémies

1 ter, rue Damiens

92100 Boulogne-Billancourt

Email : contact@action-leucemies.org

Site internet : www.action-leucemies.org

 <https://www.facebook.com/actionleucemies>





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



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	
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:	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 :

