



MAINTIEN À DOMICILE

Dispositif pour les personnes de
moins de 60 ans
ou plus si en activité

N°

Demandeur :

Patient

1^{ère} demande

Renouvellement

Nom / Prénom

Né(e) le

Adresse :

Code Postal / Ville : _____

Tél :

Situation familiale :

Marié(e)

Veuf(ve)

Célibataire

Séparé(e)

Divorcé(e)

N° SS

Composition du foyer familial

Famille suivie depuis le :

Nom-Prénom	Date de naissance	Parenté	Décès	Profession	Observations

Joindre un certificat médical détaillé, établi sur papier à en-tête, indiquant la nature de la maladie et la situation clinique actuelle, signé par le médecin traitant et adressé sous pli cacheté au Médecin de la Commission Sociale.

Exposé de la situation

.....
.....
.....
.....
.....

Date : / /20

Cachet de
l'établissement

Assistant(e) social(e) :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Signature :

Renseignements complémentaires

• Avez-vous déjà sollicité la Ligue pour ce malade ? OUI NON

• Établissement dans lequel le patient est suivi :

TEL : 01.55.69.18.18

FAX : 01.47.21.76.93

La présente enquête doit être adressée dûment complétée et signée, accompagnée de toutes les pièces énumérées ci-dessus à :

**SERVICE SOCIAL
LIGUE CONTRE LE CANCER
Comité des Hauts-de-Seine
3-7 Avenue Paul Doumer
92500 RUEIL-MALMAISON**

Toute demande incomplète se verra rejetée.

IMPORTANT

- Une participation forfaitaire est demandée par rapport à la situation financière.
- L'aide accordée est de 50 heures.
- Un renouvellement exceptionnel de 30 heures peut être demandé selon l'actualité de la situation sociale et médicale du patient.