



# SECOURS FINANCIER

N°

Demandeur :

**Patient :**

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 :

• Ordre auquel le chèque doit être établi :

**TEL : 01.55.69.18.18**

**FAX : 01.47.21.76.93**

La présente enquête sociale 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

- Le paiement d'une aide financière est établi par chèque à l'ordre du malade ou de l'organisme débiteur et, adressé à l'assistant(e) social(e) qui le remet à qui de droit.
- Le malade doit adresser en retour à la Ligue un accusé de réception de paiement.
- Toute demande d'aide financière est étudiée par le Service Social de la Ligue des Hauts-de-Seine et est soumise à une commission sociale qui se réunit une fois par mois au moins.