



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

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

CHARGES MENSUELLES COURANTES

Assurance automobile		Mutuelle employeur	
Assurance habitation		Pension alimentaire versée	
Chauffage		Prêt	
Eau		Remboursement surendet.	
Électricité		Saisies	
Frais de garde + Cantine		Taxe foncière	
Gaz		Taxe habitation	
Impôts sur les revenus		Téléphone	
Loyer brut (charges incluses)		Transports	
Mensualité plan d'apurement (ex : dettes de loyer)		TOTAL DES CHARGES	

CRÉDITS

NATURE	MONTANT INITIAL	RESTE DÛ	REMBOURSEMENTS MENSUELS	DATE DE LA DERNIÈRE ÉCHÉANCE
	TOTAL DES CRÉDITS			

DETTES

Découvert bancaire				
Retard crédit consommation				
Retard emprunt logement				
Retard énergie, eau				
Retard loyer				
Retard téléphone				
Autres (préciser)				

Moyenne journalière/personne :

(R-C)/N

30

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
242, Boulevard Jean Jaurès
92100 BOULOGNE-BILLANCOURT**

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.