

# DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Sans critères de ressources – pour frais directement liés à la maladie

## La personne malade

Nom ..... Prénom .....

Né(e) le ...../...../.....

**Le demandeur** si la demande n'est pas formulée par l'intéressé(e)

Nom ..... Prénom .....

Je suis  parent  conjoint  travailleur social  Autre .....

*A remplir uniquement pour une première demande ou en cas de changement de vos coordonnées :*

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Adresse e-mail .....

Téléphone domicile ..... Téléphone portable .....

## Votre demande

*Si vous nous sollicitez pour la première fois, merci de nous envoyer **par courrier** l'attestation médicale (annexe 1) signée par le médecin de votre Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM).*

**Je sollicite une aide financière de Vaincre la Mucoviscidose pour les frais suivants (cocher les cases) :**

<b>Pour tous</b>	<b>Pièces à joindre à votre demande</b>
<input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation d'un proche</b> <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Communication	- Bulletin(s) d'hospitalisation - Billets train/avion, nombre de trajets voiture, tickets péage, ... - Factures d'hôtel, Maisons de parents, locations, ... - Facture de location TV, Internet, téléphone à l'hôpital
<input type="checkbox"/> <b>Soutien psychologique</b>	- Devis ou factures
<input type="checkbox"/> <b>Autres frais liés à la maladie</b> (soins dentaires, achat vélo d'appartement, etc.)	- Devis ou factures - Prescription médicale

<b>Pour malades adultes uniquement</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Produits pharmaceutiques et analyses</b> Pour le traitement de la mucoviscidose, prescrit par un médecin et non pris en charge par l'Assurance Maladie.	- Récapitulatif frais pharmaceutiques (annexe 2) - Prescription médicale (une seule par produit) - Factures des frais de laboratoire
<input type="checkbox"/> <b>Complémentaire santé</b> Une participation supérieure à 50 % est parfois possible selon vos ressources. N'hésitez pas à nous contacter.	- Echancier ou attestation - Attestation éventuelle d'aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (CPAM)
<input type="checkbox"/> <b>Aide à domicile</b>	- Demande aide à domicile (annexe 3) - Devis - Dernier avis d'imposition - Notification éventuelle prise en charge Sécurité Sociale, Conseil Général, complémentaire santé, ...

L'aide de l'association complète les aides déjà obtenues à concurrence de 90 % des frais (50 % pour les complémentaires santé), dans la limite d'un plafond annuel (voir brochure « Vous accompagner et vous aider »).

Date .....

Signature .....

Renvoyer votre demande :

- Par courrier à Vaincre la Mucoviscidose, Département Qualité de Vie, 181 rue de Tolbiac, 75013 PARIS
- ou par e-mail [qualitedevie@vaincrelamuco.org](mailto:qualitedevie@vaincrelamuco.org)

**ATTESTATION MEDICALE**

Je soussigné(e), Docteur .....,  
médecin à l'hôpital .....,  
certifie que l'état de santé de .....,  
né(e) le ..... nécessité un suivi au Centre de Ressources et de Compétences  
de la Mucoviscidose.

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de  
droit.

**Date** ...../...../.....

**Signature et cachet**

## FRAIS PHARMACEUTIQUES NON REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE

Nom : ..... Prénom .....

Frais du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

	TYPE DE FRAIS	MONTANT
<b>POLYVITAMINES</b>	Alvityl <sup>®</sup>	
	Hydrosol <sup>®</sup>	
	Uvestérol ADEC <sup>®</sup>	
	Autres ( <i>préciser</i> ) :	
<b>MONO VITAMINES</b>	Arovit <sup>®</sup>	
	Avibon <sup>®</sup>	
	Autres ( <i>préciser</i> ) :	
<b>SELS MINERAUX OLIGO-ELEMENTS</b>	Sérum physiologique	
	Chlorure de sodium oral	
	Sélénium, zinc	
	Autres ( <i>préciser</i> ) :	
<b>PETIT MATERIEL</b>	Crachoirs	
	Autres ( <i>préciser</i> ) :	
<b>DIVERS</b>	Vaccin	
	Chlorure de Sodium (solution pour lavage nasal)	
	Autres ( <i>préciser</i> ) :	
<b>TOTAL</b>		<b>€</b>

« Nous certifions sur l'honneur l'exactitude des frais communiqués ci-dessus »

Date et signature du patient / parent

Signature et cachet du pharmacien

**Avez-vous sollicité ?**

La Sécurité Sociale

Un autre organisme (*préciser*) : .....

**Montant accordé**

..... €

..... €

# AIDE À DOMICILE

## VOTRE SITUATION

### Médicale :

nombre de cures IV des 12 derniers mois : .....  à domicile  à l'hôpital

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> oxygénothérapie diurne                 | <input type="checkbox"/> oxygénothérapie nocturne               |
| <input type="checkbox"/> ventilation par masque nasal           | <input type="checkbox"/> alimentation entérale                  |
| <input type="checkbox"/> en attente de greffe depuis le : ..... | <input type="checkbox"/> greffé(e) le : .....                   |
| <input type="checkbox"/> diabète                                | <input type="checkbox"/> autre pathologie                       |
| <input type="checkbox"/> grossesse                              | <input type="checkbox"/> suite d'hospitalisation (hors cure IV) |

Autre (préciser) .....

### Professionnelle :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> activité à temps plein | <input type="checkbox"/> activité à temps partiel .....% |
| <input type="checkbox"/> étudiant(e)            | <input type="checkbox"/> aucune activité professionnelle |

## VOTRE LOGEMENT

- |                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> appartement | <input type="checkbox"/> maison |
| superficie .....                     | nombre de pièces .....          |
| nombre d'adultes : .....             | nombre d'enfants : .....        |

## VOS BESOINS

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ménage (poussière, rangement) | <input type="checkbox"/> gros ménage (sols, vitres...) |
| <input type="checkbox"/> repassage                     | <input type="checkbox"/> courses                       |
| <input type="checkbox"/> préparation des repas         | <input type="checkbox"/> prise en charge des enfants   |
| Autre (préciser) .....                                 |  |

De combien d'heures estimez-vous avoir besoin ? ..... heures/mois
---

### Avez-vous sollicité ?

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> La Sécurité Sociale                 | ..... €mois |
| <input type="checkbox"/> Le Conseil Général                  | ..... €mois |
| <input type="checkbox"/> Votre complémentaire santé          | ..... €mois |
| <input type="checkbox"/> Un autre organisme (préciser) ..... | ..... €mois |

### Montant accordé