

# Formulaire d'aide à l'accompagnement d'un patient hospitalisé

Les aides financières de l'association ne se substituent pas aux aides légales. Elles sont toutes soumises à une étude de la commission hebdomadaire d'aides financières et sont financées par la générosité du public.

## Patient

Nom : ..... Prénom : .....  
 Né(e) le :    /    /        Situation familiale :  Seul(e)     En couple     Chez ses parents  
 Le patient est-il concerné par la greffe ?     Non concerné(e) par la greffe     En bilan pré-greffe  
     Inscrit sur liste de greffe     Greffé le (date) :    /    /  
 CRCM de référence : .....

## Demandeur : proche accompagnant le patient durant son hospitalisation

Vous êtes :  Père/Mère     Conjoint(e)     Autre(s) : .....  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]    Ville : .....  
 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]     [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 @ .....

## Composition de la famille du demandeur

Nom	Prénom	Lien avec le demandeur	Date de naissance
			/    /
			/    /
			/    /
			/    /
			/    /

## Souhaitez-vous apporter des précisions à votre demande ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez également joindre un courrier à votre dossier :

.....  
 .....

# Formulaire d'aide à l'accompagnement d'un patient hospitalisé

## Précisez ici les différents trajets que vous avez effectués en voiture personnelle :

Si vous le souhaitez, vous pouvez également joindre un courrier à votre dossier :

Périodes d'hospitalisation concernées	Adresse de départ	Centre hospitalier (CRCM ou Centre de greffe)	Nombre de trajets effectués Précisez : A = Trajet simple AR = Aller-retour	Observations éventuelles
Du / / Au / /				
Du / / Au / /				
Du / / Au / /				
Du / / Au / /				
Du / / Au / /				
Du / / Au / /				
Du / / Au / /				
Du / / Au / /				
Du / / Au / /				

Je soussigné(e), .....

demeurant .....

atteste sur l'honneur que les déclarations faites ci-dessus correspondent exactement à la réalité de ma situation et des trajets

effectués dans le cadre de l'hospitalisation de .....

Fait pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date : / / Signature du déclarant :

## Justificatifs à joindre à votre demande pour l'année en cours<sup>1</sup>

- L'attestation médicale (si elle n'a jamais été fournie à l'association)** indiquant que le patient est atteint de mucoviscidose, remplie par **le médecin du CRCM**
- Bulletins de situation indiquant la période d'hospitalisation pour laquelle vous nous sollicitez
- Pour les frais de transport en véhicule personnel** : tableau et attestation sur l'honneur du formulaire complétée et signée par le demandeur (ne pas envoyer de justificatif)
- Pour les frais de transports collectifs** : justificatifs d'achat des billets (de train, d'avion, de transports en commun, de bateau...)
- Pour les frais d'hébergement** : factures du lieu d'hébergement (maison des parents, hôtel, location...). **Pour rappel, l'association n'intervient pas pour les frais de repas.**
- Pour les frais de communication (télévision, téléphone et internet)** : factures du prestataire

## Pour toute hospitalisation hors parcours de greffe (attente de greffe, greffe, post-greffe<sup>2</sup>) :

### Merci de joindre une fois dans l'année sauf changement significatif de votre situation

- Les justificatifs de vos revenus mensuels** en fonction de votre situation de couple ou de famille
  - Dernier bulletin de salaire, et/ou attestation de pension d'invalidité, et/ou attestation de paiement Pôle Emploi, et/ou notification de bourse scolaire ou d'étude...
  - Attestation CAF
  - Revenus immobiliers
  - Autres : pension alimentaire...
- Les justificatifs de vos charges**
  - Quittance de loyer ou échéancier d'emprunt immobilier, facture de charges locatives ou de copropriété
  - Factures d'énergie (électricité et/ou gaz, eau) et d'assurance logement
  - 1<sup>ère</sup> page du dernier avis d'impôt sur les revenus et de la taxe d'habitation
  - Pensions alimentaires versées

1. Les frais de l'année en cours peuvent faire l'objet d'une demande jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

2. Dans la limite de 18 mois après la greffe.

**Veillez retourner votre dossier à :**

**VAINCRE LA MUCOVISCIDOSE**  
Département Qualité de Vie  
**qualitedevie@vaincrelamuco.org**  
**181, rue de Tolbiac - 75013 PARIS**

**Si vous rencontrez des difficultés à renseigner ce formulaire, n'hésitez pas à nous contacter**