

# Formulaire d'aide à la préservation du capital santé

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

**Cette aide concerne exclusivement les patients adultes vivant de manière autonome.**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le :    /    /                    Situation familiale :  Seul(e)                     En couple

Adresse : .....

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]                    Ville : .....



[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]



[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]



.....

**Si le patient est suivi en CRCM et/ou centre de greffe, indiquer lequel :** .....

Précisez si le patient est :  Inscrit sur liste de greffe                     En bilan pré-greffe                     Greffé (précisez la date) :    /    /

## Composition de la famille du demandeur

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

**Je souhaite bénéficier de votre participation pour :**

l'emploi d'une aide à la personne :

2 heures hebdomadaires

3 heures hebdomadaires

(sur critères médicaux uniquement ou en cas de grossesse)

4 heures hebdomadaires

(sur critères médicaux uniquement ou en cas de grossesse multiple)

**Signature du patient ou de son représentant légal (obligatoire) :**

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus. ».

Date ::    /    /

## 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**
- Devis annuel** de l'organisme d'aide à la personne  
Ou, le cas échéant, **relevé CESU, ou à défaut une attestation sur l'honneur** indiquant le salaire horaire net de votre salarié en emploi direct et précisant si vous êtes titulaire d'une carte mobilité inclusion mention invalidité
- Si vous sollicitez une aide financière pour 3 ou 4 h d'intervention par semaine, **l'attestation ci-jointe complétée** par le médecin de votre CRCM ou Centre de greffe OU justificatif de grossesse (CAF ou CPAM)

## Si vous ne les avez pas encore fournis cette année :

- 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'études...
  - 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
- Les justificatifs d'autres financements reçus** CAF, mutuelles, CPAM, MSA, caisses de retraites...
- Un RIB**
- Je ne souhaite pas fournir les justificatifs.** Le barème d'intervention à 50% maximum sera appliqué.

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

Veillez retourner votre dossier à :

**VAINCRE LA MUCOVISCIDOSE**  
Département Qualité de Vie  
[qualitedevie@vaincrelamuco.org](mailto:qualitedevie@vaincrelamuco.org)  
181, rue de Tolbiac - 75013 PARIS

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

## Pour les demandes de 3 h ou 4 h d'intervention d'aide à domicile par semaine

Je soussigné(e), Docteur....., médecin au CRCM de.....,

Certifie les informations suivantes sur l'état de santé de .....

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En bilan pré-greffe ou inscrit(e) sur liste d'attente de greffe                      | <input type="checkbox"/> Dénutrition (BMI inférieur à 18) |
| <input type="checkbox"/> Ventilation non invasive   | <input type="checkbox"/> Greffé(e) depuis moins d'un an   |
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie (+ de 8h/jour)   | <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie à l'effort       |
| <input type="checkbox"/> Nutrition entérale ou parentérale  | <input type="checkbox"/> Diabète insulindépendant         |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez le degré d'impotence fonctionnelle ou de douleur engendrée) : ..... |   |
| .....   |   |
| .....   |   |
| .....   |   |
| .....   |   |
| .....   |   |

Nombre de cases cochées

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 du médecin :