

Formulaire d'aide financière

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.
Ce formulaire est obligatoire pour toute demande et doit être rempli intégralement.

Si vous rencontrez des difficultés à renseigner ce formulaire, n'hésitez pas à contacter le secrétariat du département qualité de vie : 01 40 78 91 68 ou qualitedevie@vaincrelamuco.org

PATIENT(E)

Nom : Prénom :

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

Adresse :

Code postal : | | | | | Ville :



| | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | |



.....

Si le demandeur n'est pas le patient :

Nom : Prénom :

Adresse (si différente de celle du patient) :

Code postal : | | | | | Ville :



| | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | |



.....

Vous êtes : Père/mère Conjoint(e) Autre(s) :

CRCM de référence :
.....

COMPOSITION DE LA FAMILLE DU DEMANDEUR

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

Signature du/de la patient(e) ou de son/sa représentant(e) légal(e) (obligatoire) :

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

Date : / /

Formulaire d'aide financière

JUSTIFICATIFS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE DE L'ANNÉE EN COURS¹

Si votre demande concerne² :

▶ **Votre projet de vie**

- Vie scolaire/étudiante ou professionnelle
- Permis de conduire
- Loisirs à visée thérapeutique

▶ **Une aide ponctuelle**

- Difficulté financière, attente de droits sociaux...

▶ **Votre parcours de soins**

- Soutien psychologique
- Autres frais liés à la maladie

▶ **Si vous êtes patient adulte**

- Produits pharmaceutiques et analyses
- Complémentaire santé

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

▶ **Un relevé d'identité bancaire (Rib)**

▶ **Les justificatifs des revenus mensuels du foyer** 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
- Dernière facture d'énergie (électricité et/ou gaz, eau) et d'assurance logement
- 1^{re} page du dernier avis d'impôt sur les revenus et de la taxe d'habitation
- Pensions alimentaires versées

Attention : les relevés de compte bancaire ne seront pas pris en compte.

▶ **Tout document justifiant les frais** pour lesquels vous sollicitez une aide de l'association + la prescription médicale pour les aides liés aux soins et produits pharmaceutiques

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

2. Si votre demande concerne le financement de l'aide à la préservation du capital santé (Apcas), les frais d'accompagnement d'un patient hospitalisé ou une avance remboursable, merci de remplir le formulaire dédié à cet effet.

Veillez retourner votre dossier par e-mail à
aidefinanciere@vaincrelamuco.org
ou par courrier à
Vaincre la Mucoviscidose - Département qualité de vie
181 rue de Tolbiac - 75013 Paris

Le traitement de vos données à caractère personnel est fondé sur l'intérêt légitime de Vaincre la Mucoviscidose en sa qualité de responsable de traitement. Vos données sont collectées par nos équipes pour répondre à vos demandes d'accompagnement et d'aide. Conformément au Règlement sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant. Vous pouvez également exercer le droit de demander la limitation du traitement vos données et le droit de vous opposer au traitement de ces mêmes données. Par ailleurs, vous pouvez définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à la déléguée à la protection des données (DPO) de Vaincre la Mucoviscidose - 181 rue de Tolbiac - 75013 Paris ou à protectiondonnees@vaincrelamuco.org. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) si vous l'estimez nécessaire.