

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.

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

PATIENT(E)

Nom : Prénom :

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

Le patient est-il concerné par la greffe ? Inscrit(e) sur liste de greffe En bilan pré-greffe Greffé(e) : le / /

CRCM de référence :

DEMANDEUR : PROCHE ACCOMPAGNANT LE PATIENT DURANT SON HOSPITALISATION

Vous êtes : Père/Mère Conjoint 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

ATTESTATION DES TRAJETS 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 / /				

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

1. Justificatifs à joindre à votre demande¹ :

- ▶ **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** : attestation de la page précédente intégralement complétée et signée (les justificatifs de péage ou d'assurance ne seront pas pris en compte)
- ▶ **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

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

- ▶ **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.

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

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