

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.

PATIENT(E)

Nom : Prénom :

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

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

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) :

Si le/la patient(e) est suivi(e) en CRCM, indiquer lequel :

.....

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 concerne :

▶ **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

▶ **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 indiquées en italique

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 votre demande concerne :

- ▶ le financement de l'aide à la préservation du capital santé (APCAS)
- ▶ les frais d'accompagnement d'un patient hospitalisé
- ▶ une avance remboursable

merci de remplir le formulaire dédié à cet effet

**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**