

DEMANDE D'AIDE PONCTUELLE

Vous n'êtes pas seul pour remplir ce formulaire : notre assistante sociale peut vous accompagner.
Contactez-la au 06.88.00.23.05 ou par e-mail à social@aglemarchal.org

PATIENT·E

Nom : Prénom :

Né·e le :/...../..... CRCM de référence :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Situation familiale : ☐ Seul·e ☐ En couple ☐ Chez ses parents

Situation professionnelle : ☐ Sans emploi ☐ En activité ☐ En formation

À REMPLIR SI LE DEMANDEUR N'EST PAS LE PATIENT

Vous êtes : ☐ Père/Mère ☐ Conjoint·e ☐ Autres :

Nom : Prénom :

Adresse (si différente de celle du patient) :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

COMPOSITION DE LA FAMILLE DU DEMANDEUR

Nom	Prénom	Lien avec le patient	Date de naissance

BUDGET MENSUEL DU FOYER

RESSOURCES DU FOYER	MONTANT
Salaire, revenus d'activité	
Indemnités chômage	
Indemnités journalières, Compléments d'Indemnités journalières	
Pension d'invalidité	
AAH	
RSA	
Prestations familiales	
Aide au logement	
Prime d'activité	
Pension alimentaire	
Autres ressources (à préciser)	
TOTAL	

CHARGES DU FOYER	MONTANT
Charges Loyer ou Crédit immobilier	
Charges (locatives, de copropriété)	
Crédits (hors crédit immobilier)	
Eau, Electricité, Gaz	
Téléphone, internet	
Assurance (maison, civile, véhicule)	
Complémentaire santé	
Impôts	
Frais de scolarité, cantine, garde	
Pension alimentaire	
Autres charges (à préciser)	
TOTAL	

LA DEMANDE

Motif de la demande :

Montant de l'aide sollicitée : €

Exposé de la situation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres aides sollicitées (organismes et montants) :

.....

.....

Signature du demandeur (obligatoire) :

Date :

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

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

Afin de nous permettre d'étudier votre demande d'aide financière dans les meilleurs délais, merci de joindre à votre dossier l'ensemble des justificatifs suivants :

- **Justificatifs de ressources de toutes les personnes composant le foyer :**
Salaires, prestations CAF, indemnités CPAM, allocations chômage, pensions ou autres ressources.
- **Justificatifs de charges :**
 - Dernière quittance de loyer ou justificatif du crédit immobilier en cours.
 - Facture récente au choix : électricité, eau ou téléphone.
- **Justificatifs liés à l'aide demandée :**
Devis, factures, justificatifs de frais engagés ou de perte de revenus correspondant à l'objet de votre demande.
- **Relevé d'identité bancaire (RIB)**

.....

Pour une première demande uniquement :

- **Certificat médical** établi par votre CRCM attestant que vous êtes atteint(e) de mucoviscidose. Ce certificat peut être ancien.

! IMPORTANT

Pour pouvoir être étudié, votre dossier doit être complet. Nous ne pourrions pas donner suite aux demandes pour lesquelles des pièces justificatives sont manquantes.

**Merci de retourner votre dossier complété,
ainsi que les documents demandés, à social@aglemarchal.org**

Le traitement de vos données personnelles est réalisé par l'Association Grégory Lemarchal, en tant que responsable de traitement, dans le cadre de l'étude et du suivi de votre demande d'aide. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition concernant vos données. Vous pouvez exercer ces droits, accompagné d'un justificatif d'identité, en nous écrivant à « BP 90124, 73001 Chambéry Cedex » ou à l'adresse email dpo@association-gregorylemarchal.org. En cas de difficulté, vous pouvez également saisir la CNIL.