

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Sans critères de ressources

La personne malade

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

A remplir uniquement pour une première demande ou en cas de changement de vos coordonnées :

Adresse

Code postal Ville

Adresse e-mail

Téléphone domicile Téléphone portable

Le demandeur si la demande n'est pas formulée par la personne malade elle-même

Nom Prénom

Je suis parent conjoint travailleur social autre

Adresse e-mail Téléphone :

- Si vous nous sollicitez pour la **première fois**, envoyez-nous **par courrier l'original de l'attestation médicale** (annexe 1).
- Pour des **frais prévisibles** (ex : complémentaire santé, soutien psychologique, aide à domicile, ...) envoyez-nous votre demande avant, ou au moment de la dépense. Pour **les frais non prévisibles** (ex : hospitalisation) contactez-nous le plus tôt possible après la dépense (après le 31 mars, il ne nous est plus possible d'étudier les frais de l'année précédente).
- L'aide de l'association complète les aides déjà obtenues à concurrence de 90 % des frais (50 % pour les complémentaires santé) dans la limite d'un plafond annuel (voir brochure « Vous accompagner et vous aider »).

Je sollicite une aide financière de Vaincre la Mucoviscidose pour les frais suivants (cocher les cases) :

Pour tous

Pièces à joindre à votre demande

<input type="checkbox"/> Hospitalisation de la personne malade <input type="checkbox"/> Transport } frais des accompagnants <input type="checkbox"/> Hébergement } <input type="checkbox"/> Communication (TV, Internet, téléphone, ...)	<input type="checkbox"/> Bulletins d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Billets train/avion, nombre de trajets voiture, tickets péage, ... <input type="checkbox"/> Factures maison de parents, hôtel, location, ... <input type="checkbox"/> Factures
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique	<input type="checkbox"/> Devis
<input type="checkbox"/> Surcoûts scolarité et études supérieures Soutien pédagogique, inscription CNED, etc.	<input type="checkbox"/> Devis
<input type="checkbox"/> Surcoûts vie professionnelle Formations, achat véhicule/ordinateur, etc.	<input type="checkbox"/> Devis
<input type="checkbox"/> Autres frais liés à la maladie Soins dentaires, matériel médical, vélo d'appartement, etc.	<input type="checkbox"/> Devis ou factures <input type="checkbox"/> Prescription ou avis médical

Pour malades adultes uniquement (qui ne relèvent plus de l'AEEH)

<input type="checkbox"/> Produits pharmaceutiques et analyses non remboursés Pour le traitement de la mucoviscidose, prescrit par un médecin de CRCM.	<input type="checkbox"/> Récapitulatif frais pharmaceutiques (annexe 2) <input type="checkbox"/> Prescription médicale (une seule par produit) <input type="checkbox"/> Factures des frais de laboratoire
<input type="checkbox"/> Complémentaire santé Une participation supérieure à 50 % est parfois possible selon vos ressources. N'hésitez pas à nous contacter.	<input type="checkbox"/> Echancier ou document indiquant le montant des cotisations <input type="checkbox"/> Le cas échéant, attestation d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (CPAM)
<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Demande aide à domicile (annexe 3) <input type="checkbox"/> Devis ou attestation <input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition <input type="checkbox"/> Le cas échéant, notification prise en charge Sécurité Sociale, Conseil Général, complémentaire santé, ...

Date/...../.....

Signature

Envoyer votre demande :

- Par courrier à Vaincre la Mucoviscidose, Département Qualité de Vie, 181 rue de Tolbiac, 75013 PARIS
- ou par e-mail qualitedevie@vaincrelamuco.org

ATTESTATION MEDICALE

Je soussigné(e), Docteur

médecin au Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose de :

.....

certifie que

né(e) le est atteint(e) de mucoviscidose.

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

FRAIS PHARMACEUTIQUES & ANALYSES NON REMBOURSÉS

Nom : Prénom

Frais du / / au / /

	TYPE DE FRAIS	MONTANT
POLYVITAMINES	Alvityl [®]	
	Hydrosol [®]	
	Uvestérol ADEC [®]	
	Autres (<i>préciser</i>) :	
MONO VITAMINES	Arovit [®]	
	Avibon [®]	
	Autres (<i>préciser</i>) :	
SELS MINÉRAUX OLIGO-ELEMENTS	Sérum physiologique	
	Chlorure de sodium oral	
	Sélénium, zinc	
	Autres (<i>préciser</i>) :	
DIVERS	Vaccin	
	Chlorure de Sodium (solution pour lavage nasal)	
	Autres (<i>préciser</i>) :	
ANALYSES		
TOTAL		€

« Nous certifions sur l'honneur l'exactitude des frais communiqués ci-dessus »

Signature du demandeur

Signature et cachet du pharmacien

Savez-vous que certains organismes peuvent peut-être vous aider à financer vos frais ?

Avez-vous sollicité ?

Montant accordé

- La Sécurité Sociale €
- Un autre organisme (*préciser*) : €

AIDE À DOMICILE

VOTRE SITUATION

- Médicale

Nombre de cures IV des 12 derniers mois :

- Oxygénothérapie
 En attente de greffe Greffé(e) le :
 Grossesse
 Autre (préciser)

- Professionnelle

- Activité professionnelle
 Etudiant(e) Aucune activité professionnelle

VOTRE LOGEMENT

Nombre de pièces Superficie approximative m²
 Combien de personnes y habitent ? Adultes Enfants

VOS BESOINS

- ménage (poussière, rangement) gros ménage (sols, vitres...)
 repassage courses
 préparation des repas prise en charge des enfants
 Autre (préciser)

De combien d'heures estimez-vous avoir besoin (maxi.4 heures/semaine) ?

Hors périodes de cure heures/semaine
 Pendant vos périodes de cure IV à domicile heures/semaine

Savez-vous que certains organismes peuvent peut-être vous aider à financer votre aide à domicile ?

Avez-vous sollicité ?	Montant accordé
<input type="checkbox"/> La Sécurité Sociale €/mois
<input type="checkbox"/> Le Conseil Général €/mois
<input type="checkbox"/> Votre complémentaire santé €/mois
<input type="checkbox"/> Un autre organisme (préciser) €/mois