

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Sans critères de ressources – pour frais directement liés à la maladie

La personne malade

Nom Prénom

Né(e) le/...../.....

Le demandeur si la demande n'est pas formulée par l'intéressé(e)

Nom Prénom

Je suis parent conjoint travailleur social Autre

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

Votre demande

Si vous nous sollicitez pour la première fois, merci de nous envoyer par courrier l'attestation médicale (annexe 1) signée par le médecin de votre Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM).

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 d'un proche <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Hébergement <input type="checkbox"/> Communication	- Bulletin(s) d'hospitalisation - Billets train/avion, nombre de trajets voiture, tickets péage, ... - Factures d'hôtel, Maisons de parents, locations, ... - Facture de location TV, Internet, téléphone à l'hôpital
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique	- Devis ou factures
<input type="checkbox"/> Autres frais liés à la maladie (soins dentaires, achat vélo d'appartement, etc.)	- Devis ou factures - Prescription médicale

Pour malades adultes uniquement	
<input type="checkbox"/> Produits pharmaceutiques et analyses Pour le traitement de la mucoviscidose, prescrit par un médecin et non pris en charge par l'Assurance Maladie.	- Récapitulatif frais pharmaceutiques (annexe 2) - Prescription médicale (une seule par produit) - 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.	- Echancier ou attestation - Attestation éventuelle d'aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (CPAM)
<input type="checkbox"/> Aide à domicile	- Demande aide à domicile (annexe 3) - Devis - Dernier avis d'imposition - Notification éventuelle prise en charge Sécurité Sociale, Conseil Général, complémentaire santé, ...

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 »).

Date

Signature

Renvoyer 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 à l'hôpital,
certifie que l'état de santé de,
né(e) le nécessité un suivi au Centre de Ressources et de Compétences
de la 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 NON REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE

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 MINERAUX OLIGO-ELEMENTS	Sérum physiologique	
	Chlorure de sodium oral	
	Sélénium, zinc	
	Autres (<i>préciser</i>) :	
PETIT MATERIEL	Crachoirs	
	Autres (<i>préciser</i>) :	
DIVERS	Vaccin	
	Chlorure de Sodium (solution pour lavage nasal)	
	Autres (<i>préciser</i>) :	
TOTAL		€

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

Date et signature du patient / parent

Signature et cachet du pharmacien

Avez-vous sollicité ?

La Sécurité Sociale

Un autre organisme (*préciser*) :

Montant accordé

..... €

..... €

AIDE À DOMICILE

VOTRE SITUATION

Médicale :

nombre de cures IV des 12 derniers mois : à domicile à l'hôpital

oxygénothérapie diurne

oxygénothérapie nocturne

ventilation par masque nasal

alimentation entérale

en attente de greffe depuis le :

greffé(e) le :

diabète

autre pathologie

grossesse

suite d'hospitalisation (hors cure IV)

Autre (préciser)

Professionnelle :

activité à temps plein

activité à temps partiel%

étudiant(e)

aucune activité professionnelle

VOTRE LOGEMENT

appartement

maison

superficie

nombre de pièces

nombre d'adultes :

nombre d'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 ? heures/mois

Avez-vous sollicité ?

La Sécurité Sociale

Montant accordé

..... €mois

Le Conseil Général

..... €mois

Votre complémentaire santé

..... €mois

Un autre organisme (préciser) €mois