

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

**ATTENTION : Les demandes doivent être introduites en ligne. Ce document est mis à votre disposition pour information. Seuls les dossiers introduits en ligne pourront être traités.**

Les données du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de registre national :

N° de tél/GSM :

Rue :

Numéro :

Code postal :

Ville :

Sexe : F / M

Langue : FR / NL

Le courrier est à envoyer à :

Lorsque le dossier sera traité, vous recevrez un courriel vous informant de la décision qui a été prise. Le patient sera également informé. Merci de préciser qui est le destinataire de ce courrier et par quel biais souhaitez-vous qu'il soit informé

Envoi par :

courriel

lettre

Choix du destinataire :

le patient

au nom de Mr/Mme.....

Lien avec le patient :.....

Le bénéficiaire :

Veillez préciser le nom et prénom du titulaire du compte sur lequel l'intervention doit être versée. Une copie de carte bancaire vous sera demandée en dernière page du formulaire. Les données qui doivent être introduites ici doivent être les mêmes que celles reprises sur la copie de carte bancaire.

Numéro de compte IBAN : BE

Nom et prénom du titulaire :

Lien de parenté :

Situation sociale :

Ces renseignements doivent correspondre à ceux qui se trouvent sur la composition de ménage que vous annexerez à la fin du formulaire. Le nombre de personnes à charge est le nombre de personnes qui cohabitent avec le patient.

Statut socio professionnel du patient

- Travailleur salarié
- Travailleur indépendant
- Demandeur d'emploi
- En incapacité de travail
- En invalidité
- Pensionné
- Handicapé
- A charge du CPAS
- Sans revenus

Statut social :

- Isolé
- Cohabitant

Nombre de personnes à charge :

Nombre de personnes qui habitent à la même adresse et pour lesquelles une pension alimentaire est perçue :

Revenus :

Il est important de préciser la période de référence. La période de référence est la période durant laquelle les frais en lien avec la maladie ont été occasionnés (date des soins)

Celle-ci doit se trouver après la date du diagnostic et ne peut être antérieure **aux 12 mois précédents la demande.**

Les revenus de toutes les personnes qui figurent sur la composition de ménage doivent être repris ici.

Une moyenne pour la période par type de revenus doit être faite.

Début de la période de référence :

Fin de la période de référence :

Type de revenus :

- Revenu du travail
- Revenu du chômage
- Indemnités mutuelle
- Pension
- Prépension
- Grapa
- forfait soins palliatifs à domicile
- forfait incontinence
- Revenu du CPAS
- Revenu du fond pour les maladies professionnelles
- Fonds accidents du travail

**Revenu mensuel moyen sur la période : €**

Situation immobilière :

Veillez préciser quel type de bien le patient habite (location, propriété,...). Si le patient est propriétaire de son habitation, il vous faudra connaître le revenu cadastral.

- Maison propre
  - Propriétaire sans prêt
  - Propriétaire avec prêt en cours
- Location
- Institution

Revenu cadastral :

- Moins de 750€
- Entre 750€ et 1500€
- Plus de 1500€

Situation médicale :

Le type de cancer, la situation médicale et la date du diagnostic doivent impérativement aussi figurer sur l'attestation médicale. Attention pour être dans les conditions, le diagnostic ne doit pas avoir été posé plus de 5 ans avant la date de la demande.

Vous retrouvez sur une vignette de mutuelle le numéro de mutuelle (3 chiffres) ainsi que les codes mutuelle (CT1/CT2).

Si le patient est en médiation de dettes, il faudra également fournir une attestation du médiateur de dettes.

Type de cancer :

Date du diagnostic :

Code mutuelle (CT1/CT2) :

Numéro de mutuelle :

Le patient a-t-il droit à l'intervention majorée ?

Est-ce que le patient est en médiation de dettes ?

Est-ce que le patient a une assurance hospitalisation ?

Situation du patient :

- En traitement
- En rémission
- En rechute
- En soins palliatifs
- Décédé (précisez la date du décès :.....)

Frais médicaux :

Veillez introduire le type de frais médicaux ainsi que les montants qui restent à charge du patient (après une éventuelle intervention mutuelle ou assurance).

**Type de frais**

**Montants**

Hospitalisations

Consultations

Pharmacie

Prothèse capillaire

Autres prothèses

Aide à domicile

Soins à domicile

Alimentation spécifique

Transports

Rapport social :

Pour un traitement du dossier le plus juste possible, Il est important de nous faire parvenir un rapport de la situation socio-financière du patient

## Documents

Les documents ci-dessous doivent obligatoirement être joints au dossier pour que la demande puisse être envoyée et traitée. En cas de patient décédé, une déclaration de tous les héritiers donnant leur accord pour que la Fondation intervienne sur le compte d'un héritier défini devra être jointe au dossier.

- Certificat médical
- Composition de ménage
- Copie de carte bancaire ou attestation d'identification bancaire
- Justificatifs de revenus
- Factures (qui vous seront demandées à la fin du formulaire en ligne)
- Attestation de médiation de dettes (si d'application)
- Certificat d'hérédité (si d'application)
- Déclaration écrite des héritiers autorisant la Fondation à verser l'intervention sur le compte d'un héritier défini (si d'application)