

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

1) Règles et critères généraux

- La demande ne peut être introduite que lorsque toutes les instances officielles ou privées ont été sollicitées (Mutuelle, CPAS, Fonds Spécial de Solidarité, SPF - Direction générale de la Personne Handicapée, Fonds des maladies professionnelles, assurances privées...)
- Le patient doit être inscrit sur les registres de la population ou registre des étrangers et les traitements doivent avoir lieu en Belgique. Il doit également être en ordre d'assurabilité auprès d'une mutuelle.
- Les plafonds de revenus nets mensuel du sollicitant ne peuvent dépasser :
 - 1 500€ pour un ISOLÉ (personne qui habite seule) et 2 500€ pour un MÉNAGE (famille/cohabitant domicilié à la même adresse)
- Les documents suivants doivent obligatoirement être envoyés sous pli fermé à la Fondation contre le Cancer :
 - l'attestation médicale d'une validité de 12 mois maximum dûment complétée (signature + cachet) par un oncologue ou médecin généraliste.
 - Une composition de ménage récente
 - La preuve des revenus du ménage
 - En cas de situation de médiation de dettes avérées, l'attestation d'un centre agréé (médiateur, CPAS, notaire..) doit aussi être envoyée à la Fondation
 - En cas de demande pour un patient décédé, un acte d'hérédité ainsi qu'une déclaration écrite de chaque héritier autorisant la Fondation contre le cancer de verser l'intervention sur le compte bancaire d'un bénéficiaire défini
- La demande ne peut être introduite plus de 5 ans après la date du diagnostic (en cas de récurrence, la date prise en compte est celle de la récurrence)
- Si plusieurs membres d'un même ménage sont en traitement pour un cancer, les dossiers peuvent être introduits séparément. Il sera néanmoins tenu compte de la situation la plus favorable pour le ménage lors du calcul (cumul ou non des frais et revenus)
- Les frais médicaux doivent se rapporter strictement à la pathologie cancéreuse et couvrir une période maximale de 12 mois précédent la demande (en tenant compte de la date du diagnostic).
- En cas de décès du patient, la demande peut être introduite jusqu'à 6 mois après celui-ci pour autant qu'il y ait un héritier légal.
- Les frais funéraires ne sont pas pris en considération.
- L'intervention, d'un montant annuel maximal de 1 000 euros, ne peut être accordée plus de deux années consécutives. Par année, il est possible d'introduire quatre demandes pour un même patient à concurrence d'une limite d'intervention de la Fondation de 1 000 euros par patient et par an. Le montant alloué au demandeur est toujours calculé en fonction des coûts médicaux restant à charge du patient. Il ne peut être versé qu'au bénéficiaire ou à son héritier et non au service introduisant la demande ou à toute autre instance (sauf autorisation écrite préalable du demandeur ou dans des situations d'administration de biens).. La demande doit donc toujours être faite dans l'intérêt des patients et non des institutions
- Tous les justificatifs doivent être mis à disposition du département Accompagnement social de la Fondation contre le Cancer. Un double devra également être conservé par le service social

demandeur jusqu'à réception du courrier confirmant la décision d'octroi ou de refus d'intervention.

- La Fondation se réserve le droit de refuser tout dossier ne répondant pas aux critères énoncés ci-dessus ou si le dossier est incomplet.

Dans le cas où un élément manque au dossier, celui-ci restera en attente jusqu'à ce que le document soit envoyé.

Tout document envoyé à la Fondation contre le cancer dans le cadre de l'aide financière est traité le mois qui suit la réception de celui-ci.

Toutes les pages de la demande doivent impérativement être complétées.

Lu et approuvé

2) Coordonnées du patient :

Sexe : H F

Nom :

Prénom :

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

Numéro national :

Tel/Gsm 1 :

Tel/Gsm 2 :

Rue :

Numéro:.....

Code postal:.....

Localité:.....

Ce patient a déjà introduit une demande d'aide financière à la Fondation contre le Cancer (octroyée ou non) N° de dossier

Le courrier est à envoyer :

Au nom et adresse du patient

ou

Au nom de :

Madame

Monsieur

Nom :

Rue :

Prénom :

Numéro :

Code postal :

Localité :

époux (se)/cohabitant légal/ notaire/ médiateur de dettes/ administrateur de biens/ autre

3) Données assistant(e) social(e):

Nom de l'organisation :.....

Type : Mutualité/hôpital/CPAS

Rue :.....Numéro :.....

Tel./GSM1 :.....Tel./GSM2 :.....

E-mail :.....

- La date de réception de la demande par courrier ou e-mail fait office de date d'ouverture du dossier
- Les données personnelles sont uniquement accessibles par les personnes autorisées au sein de la Fondation contre le Cancer et ne seront en aucun cas communiquées à des tiers.

Lu et approuvé

4) Bénéficiaire :

Numéro de compte :

____-____-____-____-____-____

Ou

BE____-____-____-____-____-____

Au nom de :

Patient /époux (se) /cohabitant légal /notaire /médiateur de dettes / administrateur de bien /autre :
précisez.....

Attention :

La copie de la carte bancaire doit reprendre les informations reprises ci-dessus.

Le montant de l'intervention est toujours versé au patient ou à son héritier et non au service introduisant la demande ou à toute autre instance.

5) Données médico-sociales:

Statut socio professionnelle :

Travailleur, indépendant, chômeur, incapacité de travail/invalidé, pensionné ou à charge d'un pensionné, enfant à charge, sans profession (entourez)

Isolé : personne qui habite seule (sur base de la composition du ménage)

Ménage : famille/cohabitants domiciliés à la même adresse, même sans lien de parenté

Nombre de membres (patient non inclus) domicilié à la même adresse (sur base du document officiel de composition de ménage) :

Nr Mutuelle :.....

Code mutuelle du titulaire :..... /.....

(se référer à la vignette de mutuelle du patient)

Le demandeur bénéficie-t-il

d'une assurance hospitalisation/assurance privée

d'une intervention du cpas

d'une médiation de dettes (sur base d'une attestation d'un service de médiation de dettes agréé, à envoyer à la Fondation)

6) Données médicales

Date du diagnostic:/...../.....

Type de cancer:(sur base de l'attestation médicale)

Situation médicale:

en traitement, en rémission, en rechute, en soin palliatif, en phase terminale, décédé (entourez)

En cas de décès, précisez la date: .../...../.....

7) Rapport social succinct

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

lu et approuvé

8) Dépenses nettes

Période de référence pour le calcul :

Début (mois/année) :/.....

Fin (mois/année) :/.....

La période de référence doit se trouver dans les 12 derniers mois précédents la demande au maximum (exemple : dossier introduit en 06/2015, période de référence au maximum 06/2014 à 06/2015)

ATTENTION : Le tableau ci-dessous doit obligatoirement être complété même si les factures sont annexées

	MONTANTS (après intervention de la mutuelle)	REMBOURSEMENTS perçus autres que mutuelle (ass.privées, CPAS, Fond de solidarité,...)	MONTANTS REELS à charge du patient
Frais d'hôpital	€	€	€
Consultations	€	€	€
Pharmacie	€	€	€
Prothèse	€	€	€
Alimentation spécifique	€	€	€
Transport (autre que Fondation contre le Cancer)	€	€	€
Aide à domicile	€	€	€
Location ou achat de matériel médical	€	€	€
Autres, précisez:.....	€	€	€
Total	€	€	€

Infos type de frais :

- Frais d'hôpital
Factures de séjour; déduction faite des frais privés : suppléments chambre, honoraires privés...
- Consultations
Frais généralistes, spécialistes
- Pharmacie
Uniquement la quote part à charge du patient pour les médicaments nécessaires au traitement de la maladie prescrits par un médecin et en vente en pharmacie. Les médicaments alternatifs ne sont pas pris en considération lorsqu'ils constituent le seul type de traitement (allopathie)
- Alimentation spécifique
Alimentation liquide par sonde entérale ou parentérale, alimentation complémentaire sur prescription du médecin ou de la diététicienne et en rapport avec la maladie et ou les traitements.
- Transport
Uniquement dans le cadre des traitements (chimio et radiothérapie) en hôpital selon l'AR du 25/05/2007 et du 03/06/2007.

Frais de déplacement:

- En cas d'utilisation du véhicule privé, tenir compte du nombre de kilomètres entre le domicile du patient et le centre de traitement X 0,10 €.
- En cas d'utilisation d'un service d'accompagnement ou une ambulance, prise en compte uniquement du ticket modérateur (déduction faite du remboursement de l'Organisme Assureur/mutuelle).
- Aide à domicile
Proposé par des organismes d'aide et soins à domicile.
- Location ou achat de matériel médical
En relation avec la maladie.

9) Revenus nets

Rappel : plafonds à ne pas dépasser - Isolé :1500€ - Ménage :2500€
Mentionner sur cette page tous les revenus nets par mois des personnes reprises sur la composition de ménage et pour la période de référence.
(exemple : période de référence : 06/2014 à 06/2015, revenus à mentionner : 06/2014 à 06/2015)

1. Revenus du patient

Revenu 1

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs (entourez)

Janvier	Juillet
Février	Août
Mars	Septembre
Avril	Octobre
Mai	Novembre
Juin	Décembre

Revenu 2

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs (entourez)

Janvier	Juillet
Février	Août
Mars	Septembre
Avril	Octobre
Mai	Novembre
Juin	Décembre

Revenu 3

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs (entourez)

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

2. Revenus des cohabitants

Cohabitant 1 :

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs (entourez)

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Cohabitant2 :

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs (entourez)

Janvier

Février

Mars

Avril

Mai

Juin

Juillet

Août

Septembre

Octobre

Novembre

Décembre

Cohabitant 3 :.....

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs (entourez)

Janvier

Juillet

Février

Août

Mars

Septembre

Avril

Octobre

Mai

Novembre

Juin

Décembre

Intervention

Dès réception de votre demande ainsi que des documents requis (cfr ci-dessous), nous enregistrons celle-ci afin de procéder au calcul de l'intervention.

Le dossier que vous avez introduit ne sera pris en considération que lorsqu'il sera complet.

Le traitement de celui-ci se fera dans le mois qui suit la date de la demande.

Nous vous rappelons de nous faire parvenir les documents suivants :

- Une composition de ménage
- Une attestation médicale
- Une copie de la carte de banque du bénéficiaire ou une attestation d'identification bancaire
- Si applicable, l'attestation de médiation de dettes
- La preuve des revenus du ménage
- Nous vous enverrons un mail vous demandant un type de facture parmi les frais renseignés à la page 8

En cas de décès :

- Un acte d'hérédité
- Une déclaration écrite de chaque héritier autorisant la Fondation contre le cancer de verser l'intervention sur le compte d'un héritier défini

ATTENTION : Le traitement du dossier prendra au minimum 8 semaines pour les demandes en version papier.

C'est pourquoi nous vous conseillons d'utiliser la version en ligne de notre formulaire.

Les avantages :

- **Plus simple pour vous (tous les justificatifs peuvent être scannés sur votre ordinateur et joints au dossier)**
- **Le dossier est traité plus rapidement**
- **Vous recevez à la dernière page un montant provisoire de l'aide qui sera octroyé**
- **Moins d'utilisation de papier**
- **Pas de coût de timbre postal**

Vous pouvez demander un login via: <http://aide-financiere.cancer.be>

Dès que le dossier sera traité, nous vous tiendrons informé de la décision. La Fondation contre le Cancer se donne le droit de corriger l'intervention calculée en fonction d'informations sociales pertinentes et après une analyse profonde du dossier.

Je certifie l'exactitude des informations contenues dans la présente demande

Date et signature de l'assistante sociale

Département Accompagnement social

Tél. : 02/743.45.88 (ligne directe) du lundi au vendredi de 9h à 12h

02/733.68.68 (centrale)