

Comité de Paris / Francilien contre les Maladies Respiratoires

(Evolution juridique en cours)

Maison de la Pneumologie, 68 boulevard Saint Michel, 75006 Paris

01 86 90 97 41 – comite-idf@lesouffle.org

D E M A N D E D E S E C O U R S

Organisme demandeur :
Nom de l'assistant social :
Adresse :
Date de la demande :

B E N E F I C I A I R E

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN JUSTIFICATIF D'IDENTITE ET UN JUSTIFICATIF DE REGIME SECURITE SOCIALE AINSI QUE LES PIECES JUSTIFIANT LA SITUATION ET LA DEMANDE DU MALADE

Nom :				Prénom :				H		F	
Domicile :											
Type de Logement	Locatif		Hôtel		Sans		Autre :				
Date de naissance			Age :				Lieu :				
Profession :						Date de l'arrêt de travail					
Nationalité :						Date d'arrivée en France					
Etat Civil :											
Régime de sécurité sociale	sécurité sociale :										
Nombre d'enfants vivant au foyer :		Noms & prénoms :	Dates de naissance :								
Autres personnes vivant au foyer :	Noms et prénoms :		Lien :				Dates de naissance :				

Tuberculose :											
	Date de dépistage										
Autre affection respiratoire :											
Lieu de placement hospitalier :											
	Entré le					Sorti le					
Lieu de placement sanatorial :											
	Entré le					Sorti le					
Traitement ambulatoire en cours depuis le :											
	Du					au					

Date de reprise de travail (éventuelle)			
---	--	--	--

RESSOURCES		CHARGES		Moyenne des ressources (Charges déduites par jour et par personne)
Gains :	€	Loyer, Copropriété :	€	€/jour
	€	Impôts :	€	
	€	Pension alimentaire :	€	
Prestation S.S. :	€	Frais de déplacement :	€	
Allocation Logement :	€	Crédits :	€	
Aides Sociales :	€	Divers :	€	
TOTAL	€	TOTAL	€	

Montant de l'aide sollicitée :	€
--------------------------------	---

M O T I F D E L A D E M A N D E

--

Mode de paiement souhaité (*cocher la case concernée*)

Argent liquide remis à l'Assistant Social contre un reçu signé du malade	<input type="checkbox"/>
Chèque au nom de l'Assistant Social contre un reçu signé du malade	<input type="checkbox"/>
Chèque au nom du Malade ou d'un tiers (<i>indiquer précisément le libellé</i>)	<input type="checkbox"/>

Préciser l'adresse à laquelle doit être envoyé le titre de paiement :

Indiquer, si possible, le numéro de compte bancaire ou postal :

Fiche à établir par le médecin traitant concernant la maladie dont est atteint le bénéficiaire de la demande et à envoyer sous pli cacheté.

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

1/ Tuberculose

Diagnostic : Pulmonaire
Unilatérale
Bilatérale
Pleurale
Autres localisations : _____

Evolutivité En cours
Guérison avec séquelles invalidantes

2/ Insuffisance respiratoire chronique

Par B.P.C.O.
Asthme
Séquelles opératoires
Pneumoconiose
Mucoviscidose
Autre : _____

3/ Autres affections

(néoplastiques, DDB, maladie du système...)

Préciser : _____

Nom et prénom du médecin _____

Date : _____

Signature :

Cachet :