



Les aides de l'association sont réservées exclusivement aux personnes atteintes de maladies respiratoires.
Ce dossier est à remplir uniquement lors de la première demande de l'année et en cas de changement de situation.

PATIENT CONCERNÉ

Nom		Suivi médical à l'hôpital de	
Prénom			
Né(e) le		Situation familiale	<input type="checkbox"/> seul(e)
Adresse			<input type="checkbox"/> en couple
Code postal			<input type="checkbox"/> hébergé(e) *
Ville		* Comment s'exerce la prise en charge au domicile :	
☎ fixe			
☎ portable			
E-mail			

DEMANDEUR (Si la demande n'est pas formulée par le patient lui-même)

Demande établie par (nom et prénom) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> travailleur social ☎ Cachet établissement :	Nombre total d'enfants à charge : _____ (indiquer ci-dessous les prénoms des enfants)																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom</th> <th>Prénom</th> <th>Année de naissance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nom	Prénom	Année de naissance																		
Nom	Prénom	Année de naissance																				

BUDGET « MENSUEL » DU FOYER

CHARGES		RESSOURCES	
Loyer / emprunt immobilier		Salaire du ou de la patient(e)	
EDF/GDF		Salaire du conjoint	
Chauffage (gaz, fioul, bois...)		Pension de retraite	
Eau		Pension de retraite du conjoint	
Taxe d'habitation		Allocations chômage	
Charges de co-propriété		RSA	
Taxe foncière		Allocations familiales	
Assurance logement		AEEH	
Assurance voiture		AAH	
Mutuelle		APL, aides au logement	
Téléphone, portable, Internet		Autres prestations CAF (préciser) ⁽¹⁾	
Crédits en cours :			
1			
2		Pension d'invalidité	
3		Pensions alimentaires	
Pension alimentaire		Autre (préciser)	
Autre (préciser)			
AIDE MENAGERE	reste à charge	AIDE MENAGERE	nombre d'heures
			participation APA
			participation CPAM

(1) PAJE, allocation de parent isolé, majorations, ASF ...



JUSTIFICATIFS DEMANDES

- RESSOURCES : tous les justificatifs des ressources mentionnées ci-dessus
- CHARGES : UNIQUEMENT les justificatifs des CHARGES OBLIGATOIRES

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis à la FGLMR »

Date et signature

EXPOSE DE LA SITUATION NOTAMMENT AU NIVEAU DE L'AUTONOMIE