

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
AVC SOLIDARITÉ

À adresser à :

Fonds de dotation Vaincre l'AVC
Commission Sociale
6 Avenue Adrien Hébrard 75016 Paris

Ou par email à l'adresse : avcsolidarite@vaincrelavc.org

Joindre obligatoirement le certificat médical, sous plis,
à l'attention du médecin de la Commission Sociale.

BÉNÉFICIAIRE

Nom Nom de jeune fille

Prénoms

Domicile

.....

Téléphone Mail :

Né(e) le À Code Postal

Nationalité F CEE Hors CEE Pays

Profession Cadre : Oui Non

Situation Familiale Nombre d'enfants Dont à charge*

Régime S.S (précisez : AME, CSS, ...)

ALD : Oui Non Mutuelle : Oui Non

	Nom et Prénom	Date de naissance
Conjoint		
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		
Enfant 4		
Enfant 5		

*Joindre obligatoirement tous les justificatifs

BUDGET MENSUEL

Merci de joindre obligatoirement tous les justificatifs de ressources et de charges correspondants aux sommes indiquées.

Ressources Mensuelles	Montant (€)	Charges Mensuelles	Montant (€)
Salaires nets		Loyer et charges locatives ou Charges co-pro + mensualités crédit immobilier	
Prestations Sécurité Sociale		Taxes foncières	
Pension d'invalidité et / ou AAH		Taxe habitation	
Allocation chômage		Assurance Habitation	
Allocation logement		EDF / GDF	
Prestations familiales		Impôts	
Pensions / retraites		Mutuelle	
Pension Alimentaire		Crédit à la consommation	
Aide sociale légale et / ou facultative		Pension alimentaire	
Divers		Divers : téléphone, dettes,	
TOTAL		TOTAL	

« Reste pour vivre » mensuel par personne (€) :

$$\frac{\text{Ressources} - \text{charges}}{\text{Nombre de personnes}}$$

ÉQUIPEMENTS DEMANDÉS
(Joindre obligatoirement les devis)

INTITULÉ	MONTANT (€)
TOTAL	

Avez-vous demandé des aides à d'autres organismes pour ce même projet : Oui Non

Si OUI, merci de remplir le tableau ci-après :

Date	Organisme	Montant sollicité (€)
TOTAL		

Avez-vous déjà reçu des aides pour ce projet : Oui Non

Si OUI, merci de remplir le tableau ci-après :

Date	Organisme	Montant alloué (€)
TOTAL		

Pour être recevable, tout dossier doit impérativement être :

Signé par le patient ou son représentant légal :

"Je sollicite une aide financière auprès du Fonds de Dotation Vaincre l'AVC et déclare, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués. J'autorise les membres de la Commission Sociale à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiant ma demande. »

Date :

Signature :

**Visé et signé par le Président
du Fonds de Dotation Vaincre
l'AVC,
Professeur Pierre Amarengo**

Date :

Signature :

Votre dossier de demande d'aide accompagné des pièces justificatives est à renvoyer à l'adresse suivante :

Fonds de dotation Vaincre l'AVC
Commission Sociale
6 Avenue Adrien Hébrard 75016 Paris

Ou par email à l'adresse : avcsolidarite@vaincrelavc.org

Le paiement de l'aide sera adressé au professionnel ayant réalisé les prestations ou au fournisseur du matériel demandé.

Quelle que soit la décision prise par la Commission Sociale du Fonds de Dotation Vaincre l'AVC, vous serez informé(e) par courrier.

Sauf à titre exceptionnel, un seul secours peut être attribué chaque année.

COMMISSION SOCIALE

« Certificat médical »

À joindre au dossier « Demande d'aide financière – AVC SOLIDARITÉ », sous plis cacheté,
portant la mention « Secret Médical »

À établir, obligatoirement, par votre médecin traitant ou votre spécialiste **daté de moins de trois mois.**

PATIENT :

Nom, Prénoms

Domicile

.....

Date AVC : ... / ... /

Séquelles :

.....

.....

.....

.....

Intérêt médical du matériel demandé ou amélioration de l'habitat à effectuer :

.....

.....

.....

.....

Nom du médecin :

Date :

Tampon :

Signature :