

Demande d'intervention solidaire - Cancer

CONFIDENTIEL

Ce document est à remplir et à nous retourner dans le cadre d'une demande de participation aux soins de support (bien-être moral, image de soi) en lien avec votre pathologie dès l'annonce du diagnostic et dans un délai de 12 mois maximum après la fin du protocole de soins.

Identité du demandeur

N° Adhérent :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Identité du représentant légal

N° Adhérent :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Motif de la demande

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

Objet de la demande (à préciser)

- Soutien psychologique
- Accompagnement nutritionnel (consultation nutritionniste / diététicien, compléments alimentaires)
- Autre accompagnement (acupuncture, sophrologie, sevrage tabagique)
- Matériel (prothèse capillaire, vêtements spécifiques)
- Soins de socio-esthétique (cosmétologie, onco-esthétique, kit pour compenser la perte des cils et sourcils, tatouage 3D)
- Activité physique adaptée
- Aides ménagères
- Activité ludique enfant
- Autres (à préciser)

Pièces justificatives à fournir

Nous vous remercions de remplir soigneusement ce document et de nous le retourner accompagné d'une photocopie des pièces justificatives cochées ci-dessous :

- Une copie du protocole de soins ou une attestation de votre oncologue
- Les bilans et consultations obtenus dans le cadre du protocole de soins global
- La copie de la facture acquittée correspondant à l'objet de votre demande
- Les associations consultées et les aides obtenues

Les informations demandées dans le présent formulaire sont indispensables à l'étude du dossier. Il est rappelé que les aides sont facultatives, ponctuelles et étudiées au cas par cas. Toute demande donnera lieu à une réponse écrite.

Une seule demande sera recevable par foyer.

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés qui serviront de base à l'attribution d'une aide financière éventuelle. Fait à le

Signature obligatoire :

A retourner avec l'ensemble des documents demandés :



Radiance Mutuelle

Action sociale et solidaire
55 Allée Albert Sylvestre
73026 Chambéry Cedex

Les informations sont toutes nécessaires pour Radiance Mutuelle, responsable du traitement fondé sur son intérêt légitime aux fins de l'étude de votre demande d'intervention solidaire. En cas de décision de refus, vos données sont conservées pendant 2 ans à compter du dernier contact émanant de votre part. En cas de décision favorable, vos données sont conservées pendant 5 ans à compter de la date du dernier paiement. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.