

# ***DEMANDE D'OBTENTION D'AIDE***

*(à remplir et à envoyer par mail à :  
unemaintenduepareva@orange.fr)*



## ***Une main tendue par Eva***

Afin que notre aide profite aux familles qui en ont le plus besoin, le bureau se doit de tenir compte des revenus des parents de l'enfant malade ainsi que de la gravité de la maladie et des désagréments causés par celle-ci dans la vie quotidienne de la famille. Nous vous remercions de votre compréhension.

---

*Une main tendue par Eva.*

N° déclaration d'Existence : W322001950 (Sous Préfecture de Condom)

N° Siret : 825 404 932 00014

Association non soumise à la TVA ( Article 293B CGI)

## Sommaire :

### I. Présentation générale

1. Pourquoi vous demander de remplir un dossier et à quoi va-t-il servir ?
2. Comment serez vous informés ?

### II. Les éléments concernant

#### 1. La famille

- Pour mieux vous connaître
- Pour mieux évaluer financièrement votre demande
- Pour mieux comprendre la motivation de votre démarche
- Pour mieux comprendre vos attentes

#### 2. L'enfant

- Pour mieux le connaître
- Pour mieux comprendre sa maladie.
- Pour mieux l'aider

#### 3. Le thérapeute (partie à remplir par le thérapeute)

- Coordonnées
- Références
- Argumentation thérapeutique

### III. Frais prévisionnels liés aux soins complémentaires estimés par le thérapeute

## I. Présentation générale

### 1. Pourquoi vous demander de remplir un dossier et à quoi va-t-il servir?

Initialement l'association a été créée pour nous permettre d'assumer les frais liés au parcours de soins complémentaires pour notre fille Eva décédée en 2014.

Un des objectifs de l'association est de pouvoir apporter, dans la mesure de ses possibilités, une aide financière à des familles dont l'enfant est gravement malade et qui font **le choix d'une médecine complémentaire, parallèlement à un parcours conventionnel.**

L'association peut prendre en charge les frais engendrés par des soins en médecines complémentaires que **les parents ne seraient pas en mesure d'assumer financièrement ou pour qui ces soins demandent un important sacrifice financier.**

Pour que notre aide puisse profiter à ceux qui en ont le plus besoin nous nous devons de demander aux familles des documents justifiant leur situation.

### 2. Comment serez vous informés ?

Après réunion des membres du bureau pour l'étude du dossier, vous recevrez un courrier précisant si et comment l'association est en mesure de vous aider à assumer vos frais.

Nous ferons en sorte que le délai de réponse soit le plus bref possible.

## II. Les éléments concernant :

### 1. La famille

- Pour mieux vous connaître

Mère

Père

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse :

Téléphone Fixe :

Téléphone Portable :

Mail :

Profession :

- La composition de la famille

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

---

*Une main tendue par Eva.*

N° déclaration d'Existence : W322001950 (Sous Préfecture de Condom)

N° Siret : 825 404 932 00014

Association non soumise à la TVA ( Article 293B CGI)

- Pour mieux évaluer financièrement votre demande

\* Fournir le dernier avis d'imposition, les 3 derniers bulletins de salaire et compléter les tableaux ci-dessous.

Budget Mensuel Prévisionnel des dépenses pour les actes et les soins non remboursés par la Sécurité Sociale ou la Mutuelle		
Nature des dépenses	Montants	Observations
Consultations		
Traitements médicaux		
Pharmacie		
Transport		
Hébergement		
Location ou achat d'appareils de soins		
Autres dépenses (précisez) :		
<b>TOTAL</b>		

Ressources mensuelles		
Nature	Montants	Observations
Salaire du Père :		
Salaire de la mère :		
Allocations diverses hors AEH		
Allocation Enfant Handicapé (AEH)		
Autres ressources (précisez) :		
<b>TOTAL</b>		

- Pour mieux comprendre la motivation de votre démarche

(Expliquez en quelques lignes pourquoi vous faites le choix de nous solliciter)

---

---

---

---

---

- Comment avez-vous connu l'existence de notre association ?

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

## 2. L'enfant

- #### ■ Pour mieux le connaître

(Précisez son prénom ; son nom et son âge ; sa scolarité ; ses activités culturelles et sportives)

- Pour mieux comprendre sa maladie (Décrivez en quelques lignes ses symptômes)

- Pour mieux l'aider(Décrivez les difficultés occasionnées par la maladie dans votre quotidien)

3. Le thérapeute (partie à remplir par le thérapeute)

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse :  
.....  
.....  
.....

Téléphone Fixe : .....

Téléphone Portable : .....

Mail : .....

Pratiques thérapeutiques exercées :

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

Argumentation thérapeutique pour l'enfant :

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

---

*Une main tendue par Eva.*

N° déclaration d'Existence : W322001950 (Sous Préfecture de Condom)

N° Siret : 825 404 932 00014

Association non soumise à la TVA ( Article 293B CGI)

Estimations des frais en fonction de la thérapie et de la durée des soins envisagés : (à remplir par le thérapeute)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Signature et Cachet) :