

## Demande d'aide financière directe

Date (dépôt de la demande) \_\_\_\_\_

Demande directe d'un particulier  oui  non

Sinon, adressée par \_\_\_\_\_

Diagnostiqué/e SLA depuis \_\_\_\_\_

Membre de l'Association SLA Suisse  oui  non

Indications personnelles	Personne touchée par la SLA		Conjoint/e; concubin/e
<b>Nom</b>	Entrer le nom		Entrer le nom
<b>Prénom(s)</b>	Entrer le(s) prénom(s)		Entrer le(s) prénom(s)
<b>Adresse</b>	Rue, numéro de rue et numéro de case postale		Rue, numéro de rue et numéro de case postale
<b>NPA, lieu de domicile</b>	NPA et lieu de domicile		NPA et lieu de domicile
<b>Date de naissance</b>	Entrer la date de naissance		Entrer la date de naissance
<b>Téléphone privé</b>	Numéro de téléphone privé		Numéro de téléphone privé
<b>Téléphone mobile</b>	Numéro de téléphone mobile		Numéro de téléphone mobile
<b>Adresse électronique</b>	Entrer l'adresse e-mail		Entrer l'adresse e-mail
<b>État civil</b>			
<b>Enfants en formation*</b>	Enfants en formation	<b>Nombre</b>	Entrer le nombre d'enfants en formation

## Demande de soutien

Description de la situation et exposé du problème

Soutien nécessaire / Aide demandée

Adresse de paiement

Titulaire du compte et adresse

---

---

Nom de la banque

---

Code IBAN

---

Numéro de compte

---

## Aperçu de la situation financière du ménage / Budget

Revenus mensuels (du ménage, c'est-à-dire y compris le conjoint ou le concubin si celui-ci vit sous le même toit que la personne touchée par la SLA).

Si des prestations complémentaires (PC) ont été octroyées par décision, joindre la dernière décision PC de la caisse de compensation du canton concerné. Veuillez documenter les autres coûts / dépenses couvertes par vos propres moyens.

	Requérant/e	Conjoint/e Concubin/e
Salaire net		
<b>Prestations d'assurance</b>		
AI		
AVS		
Caisse de retraite		
Indemnité journalière maladie		
Indemnité de chômage		
Prestations complémentaires		
Allocation pour impotent		
Pensions alimentaires		
Revenu d'une activité accessoire		
Aide financière par des tiers		
Autres recettes (désignation détaillée)		
-		
-		
-		
Total des recettes mensuelles		
<b>Somme des deux conjoints/concubins</b>		

## Dépenses mensuelles

	Requérant/e	Conjoint/e Concubin/e
Frais de subsistance		
Loyer (charges incluses)		
Intérêts hypothécaires (frais accessoires inclus)		
Coûts de la santé (primes d'assurance-maladie/ quote-part, franchise)		
Frais de dentiste		
Assurances privées (responsabilité civile/ménage)		
Impôts		
Dépenses professionnelles		
Pensions alimentaires, obligations régulières envers des tiers		
Acomptes pour le remboursement d'une dette auprès de l'office des poursuites, montants de remboursements partiels		
Charges régulières particulières		
- autres frais de maladie liés au handicap		
-		
-		
<b>Total des dépenses mensuelles</b>		
<b>Montant total</b> (des deux conjoints/concubins)		

## Fortune

	Requérant/e	Conjoint/e Concubin/e
Épargnes, titres, espèces, etc.		
Biens immobiliers (terrains et immeubles)		
Successions indivises		
Fortune totale		
<b>Somme</b> (des deux conjoints/concubins)		

## Dettes

	Requérant/e	Conjoint/e Concubin/e
Dettes hypothécaires		
Autres dettes (énumérer en détail)		
-		
-		
-		
<b>Total des dettes</b>		
<b>Somme</b> (des deux conjoints/concubins)		

## Pièces à joindre

Copie des justificatifs de revenu / de la décision de rente  
Documents concernant les charges régulières  
Documents concernant les prestations souhaitées, offre du fournisseur et éventuellement plan de financement  
Copie de la dernière taxation fiscale (fortune)  
Copie de la dernière décision PC/Allocation pour impotent  
Demande de moyens auxiliaires AI ou AVS

Demande adressée à une autre organisation

oui  non

Montant CHF

Nom de l'organisation:

Nom de l'organisation:

Remarques

**Signature**

**Personne requérante**

Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne requérante  
Par ma signature, je confirme la véracité de toutes les  
indications fournies.

**Conjoint/e; concubin/e**

Date

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint/de la conjointe ou du concubin/de  
la concubine  
Par ma signature, je confirme la véracité de toutes les  
indications fournies.

**Organisme tiers**

Adresse de contact  
(institution, nom, adresse,  
n° de tél., courriel)

\_\_\_\_\_

Les soussignés prennent connaissance du fait que l'Association SLA Suisse peut au besoin demander des informations auprès de tiers pour des examens complémentaires. Il n'existe aucun droit fondamental aux prestations de l'Association SLA Suisse.