

## Demande d'aide financière directe

### Saisir et transmettre la demande

Vous avez deux possibilités de nous transmettre votre demande d'aide financière:

Option 1: Imprimez le formulaire, complétez et signez votre demande sur papier.

Option 2: Complétez le formulaire à l'écran, imprimez et signez votre demande sur papier.

### Envoyez votre demande, accompagnée des documents requis, à

Association SLA Suisse, Frohburgstrasse 4, Case postale, 4601 Olten ou

info@sla-suisse.ch

### Date (dépot de la demande)

Demande déposée par un particulier ☐ oui ☐ non

Si réponse négative, la demande est  
déposée par (nom de l'institution)

### Diagnostiqué/e SLA depuis

Membre de l'Association SLA Suisse ☐ oui ☐ non

| Données personnelles | Personne touchée par la SLA |        | Conjoint/e, concubin/e |
|----------------------|-----------------------------|--------|------------------------|
| Nom                  |                             |        |                        |
| Prénom               |                             |        |                        |
| Adresse              |                             |        |                        |
| NPA, localité        |                             |        |                        |
| Date de naissance    |                             |        |                        |
| Numéro AVS           |                             |        |                        |
| Téléphone privé      |                             |        |                        |
| Téléphone portable   |                             |        |                        |
| Courriel             |                             |        |                        |
| État civil           |                             |        |                        |
| Enfants en formation |                             | Nombre |                        |

## Demande de soutien

### Description de la situation et exposé du problème

### Soutien nécessaire/Aide demandée

|                     |  |
|---------------------|--|
| Montant demandé CHF |  |
|---------------------|--|

### Adresse de paiement

|                     |  |
|---------------------|--|
| Titulaire du compte |  |
| Adresse             |  |
| NPA, localité       |  |
| 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 dépenses couvertes par vos propres moyens.

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

**Dépenses mensuelles**

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

**Fortune**

|                                                     | Requérant/e | Conjoint/e<br>Concubin/e |
|-----------------------------------------------------|-------------|--------------------------|
| Épargnes, titres, espèces, etc.                     |             |                          |
| Biens immobiliers (terrains et immeubles)           |             |                          |
| Successions non partagées                           |             |                          |
| Fortune total                                       |             |                          |
| <b>Montant total (des deux conjoints/concubins)</b> |             |                          |

**Dettes**

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

**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

Avez-vous d'autres demandes de soutien ☐ oui ☐ non Montant CHF  
en cours auprès d'autres institutions ?

Si réponse positive, lesquelles ?

**Remarques**

|  |
|--|
|  |
|--|

### Signatures

|                                         |                                                                               |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Nom et prénom de la personne requérante |                                                                               |
| Date                                    | Par ma signature, je confirme la véracité de toutes les indications fournies. |
| Nom et prénom du conjoint ou concubin   |                                                                               |
| Date                                    | Par ma signature, je confirme la véracité de toutes les indications fournies. |
| <b>Institution</b>                      |                                                                               |
| Personne de référence                   |                                                                               |
| Adresse                                 |                                                                               |
| Téléphone                               |                                                                               |
| 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.**