

## Demande de soutien

---

### Enfant malade

---

Prénom, Nom

---

Date de naissance

---

### Requérant /e

---

Prénom, Nom

Mère, père, représentant-e légal-e

---

Prénom, Nom

Deuxième parent (facultatif)

---

Rue

---

NPA, lieu

---

E-Mail

---

Téléphone

---

Coordonnées bancaires

---

### Représentation du / de la requérant-e

---

Hôpital / clinique

service social ou autre institution

---

Prénom, Nom

Représentant du service social

---

Adresse

---

E-Mail

---

Téléphone

---

## Situation de l'enfant

---

Diagnostic,  
évolution de  
la maladie

---

## Situation de la famille

---

Situation familiale et  
financière  
Pourquoi un soutien est-il nécessaire ?

**Revenus mensuels**

(ménage familial dans son ensemble)

la devise

CHF

EUR

 Revenu net du /  
de la requérant-e

salaire

 d'un travail  
 indép.

 pension/  
rente

 allocation  
chômage

IJ maladie

autre

 Revenu net du  
deuxième parent  
(facultatif)

salaire

 d'un travail  
 indép.

 pension/  
rente

 allocation  
chômage

IJ maladie

autre

 Revenu net d'autres  
personnes vivant dans  
le ménage  
(apprentissage etc.)

salaire

 d'un travail  
 indép.

 pension/  
rente

 allocation  
chômage

IJ maladie

autre

Allocations familiales

Contributions d'entretien / pensions alimentaires

Prestations complémentaires / rentes supplémentaires

Allocation parentale

Allocation pour soins

Allocation de logement

Revenus de location

Revenus du capital

Intérêts, dividendes, vente

Autres revenus

à préciser

**Total des revenus mensuels**

Fortune

Dettes

Fortune nette

(fortune moins dettes)

Veillez indiquer les frais supplémentaires liés à la maladie à la page suivante.  
Pour les dépenses variables, veuillez calculer une moyenne mensuelle représentative.  
Les paiements annuels doivent être convertis en montant mensuel.

**Dépenses mensuelles**  
(ménage familial dans son ensemble)

la devise    CHF    EUR

**Alimentation**

(Nourriture, boissons, à domicile et à l'extérieur)

**Loyer ou hypothèque**

(Charges comprises, telles que électricité, chauffage etc.)

**Communication**

(Internet, TV, téléphone, redevances)

**Mobilité**

Billets de transports publics, essence (sans impôts et assurances des véhicules)

**Garde d'enfants**

Crèche / accueil parascolaire (sans frais supplémentaire liés à la maladie)

**Contributions d'entretien / pensions alimentaires**

**Paiements échelonnés**

(crédits, leasing / à préciser)

**Santé**

Participation personnelle aux coûts (franchise, quote-part) pour soins, médicaments

**Assurance-maladie**

(primes de tous les membres de la famille)

**Autres assurance**

(A préciser, par exemple: assurance-vie, assurance contre les accidents / assurance automobile; sans contrats d'épargne)

**Impôts**

Tous les impôts y compris les impôts sur les véhicules et l'impôt ecclésiastique

**Loisirs, voyages**

Sport, divertissement, détente, hébergement (sans mobilité, nourriture)

**Autres dépenses de consommation**

Vêtements, appareils, meubles, jouets, etc.

**Autres dépenses**

A préciser

**Total des dépenses mensuelles**

---

**Frais supplémentaires liés à la maladie**  
pas de prise en charge par l'assurance maladie / autre

Période prévisible (du / au) du au  
(dans laquelle des frais supplémentaires surviennent)

---

la devise    CHF    EUR

**Déplacements** km à  
Consultations   
ambulatoires, visites

---

0.60 CHF (CH)    0.42 EUR (DE/AT)

**Repas et hébergement**  
des parents à la clinique

**Dispositifs médicaux / alimentation spécialisée**  
pour l'enfant malade

**Garde des frères et sœurs / aide ménagère / soins**

**Perte de salaire**

Différence par rapport au salaire net en cas de travail à temps partiel, congé de prise en charge, congé non payé, indemnités journalières maladie ou situations similaires ; montant total (sur plusieurs mois).

**Autres frais supplémentaires**  
à préciser

---

**Total des frais supplémentaires liés à la maladie**

**Autre soutien**

Aides financières demandées et/ou obtenues (organisation et montant à préciser)

---

**Montant du soutien demandé**

Lieu, date

Signature du / de la requérant-e ou de la représentation

Le / la soussigné-e confirme par la présente que toutes les informations fournies sont complètes et conformes à la vérité. Toutes les données sont soumises à la protection des données et ne sont pas transmises à des tiers.

Le traitement de la présente demande est subordonné à la signature et à la remise de la déclaration de consentement séparée (annexe).



## Informations supplémentaires

---

---

# Déclaration de consentement (RGPD) relative à la demande de prestation de soutien

selon les articles 9, 13, 14 DSGVO

## Traitement des données

Nous collectons des données personnelles concernant des parents, enfants et jeunes ayant besoin de soutien afin d'examiner leur demande de prestation. Par votre signature, vous nous donnez votre consentement à cet effet.

Dans nos registres, nous conservons à cette fin les catégories de données, en partie sensibles, suivantes au sens de l'art. 9. Les données sont collectées directement auprès des personnes concernées, ne sont pas transmises à des tiers et sont conservées pendant au moins dix ans afin de satisfaire aux exigences légales.

### Données personnelles

Concernant les enfants et les parents : nom, prénom, date de naissance, sexe, coordonnées bancaires, adresse e-mail, situation familiale et financière, montant de la prestation de soutien.

### Données de santé

Concernant les enfants : diagnostic, description de la maladie, état de santé.

### Informations complémentaires

Requérant·e, Utilisation des fonds, Remarques, Décision du comité.

## Vos droits

### Droit d'accès

Vous avez le droit d'obtenir des informations sur les données que nous conservons à votre sujet.

### Rectification, effacement, limitation

Vous disposez du droit de rectification, d'effacement, de limitation du traitement ainsi que du droit à la portabilité des données concernant les données que nous conservons. L'effacement de vos données n'est possible qu'après expiration du délai légal de conservation de dix ans.

### Opposition

Même après avoir signé cette déclaration de consentement, vous avez le droit de vous opposer au traitement, sans que la licéité du traitement effectué sur la base du consentement jusqu'à sa révocation n'en soit affectée.

### Réclamation

Vous avez le droit d'introduire une réclamation concernant le traitement des données. Les coordonnées de l'autorité de contrôle au Liechtenstein se trouvent sur Internet à l'adresse suivante : [www.dss.llv.li](http://www.dss.llv.li)

Lieu, date

Signature du / de la requérant·e

Signature du second parent (facultatif)