

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

(afin d'examiner votre demande, veuillez remplir les rubriques de ce questionnaire)

Identification de l'assuré(e)

N° sécurité sociale :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable* :

Adresse mail * :

Votre organisme de Sécurité Sociale :

N° allocataire CAF (obligatoire si vous percevez des prestations CAF) :

Nom, prénom, coordonnées du travailleur social ou de l'organisme qui vous accompagne dans votre demande :

**J'accepte que mon numéro de téléphone portable et mon adresse mail soient utilisés par l'Assurance maladie pour diffuser des informations générales* OUI NON

Nom, prénom du bénéficiaire :

Date de naissance :

Assuré(e) Conjoint(e) Vie maritale avec l'assuré(e) Enfant Autre bénéficiaire

A-t-il une reconnaissance de travailleur handicapé ? OUI NON

Votre demande concerne

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ticket modérateur et forfait journalier | <input type="checkbox"/> Transport sanitaire |
| <input type="checkbox"/> Frais dentaires** (prothèses, orthodontie, autres) | <input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques |
| <input type="checkbox"/> Optique* | <input type="checkbox"/> Aide au handicap |
| <input type="checkbox"/> Prothèses auditives* | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Perte de revenus et droits non ouvert | |
| <input type="checkbox"/> Produits ou actes non remboursables | |

** Optique ou prothèses auditives sur la base d'un devis uniquement, car la prise en charge à 100% de ces aides techniques s'applique depuis le 1^{er} janvier 2021.*

*** Le dossier dentaire doit contenir : devis, radiographies en rapport avec le traitement prévu et plan de traitement rédigé par le praticien.*

IMPORTANT : Aucune aide n'est accordée pour les frais d'obsèques, les dépassements d'honoraires, l'orthodontie adulte, les implants.

Motivation de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SITUATION FAMILIALE

Célibataire
 Marié(e) / Pacsé(e)
 Vie maritale
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Veuf(ve)

Composition de la famille (ensemble des personnes vivant sous le même toit que le demandeur)

	Nom - Prénom	N° sécurité sociale	Date de naissance	Lien de parenté	Situation : Scolaire, étudiant, apprenti, salarié, chômage indemnisé ou non
Assuré					
Conjoint ou Concubin					
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					
Enfant 4					
Autres personnes vivant au foyer					

RESSOURCES DES PERSONNES VIVANT SOUS LE MÊME TOIT

Indiquez les montants de toutes **vos** ressources et celles des membres de votre foyer au cours **des 3 mois qui précèdent** la demande

Nature des ressources	Assuré	Conjoint	Autres	Justificatifs
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ				
Salaires nets (y compris revenus perçus à l'étranger)€€€	Avis d'imposition de l'ensemble des membres du foyer.
Indemnités chômage€€€	
Indemnités journalières (sécurité sociale)€€€	
Compléments de salaires (versés par l'employeur, une mutuelle ou un régime de prévoyance=)€€€	
Revenu d'activité non salariée€€€	
PENSIONS ET RENTES				
Pension d'invalidité€€€	
Complément d'invalidité : FSI ou complément prévoyance€€€	
Majoration tierce personne€€€	
Retraite CARSAT et autres régimes (MSA, RSI ...)€€€	
Retraites complémentaires€€€	
Pension civile et militaire€€€	
Rente accident du travail ou rente survivant€€€	
Allocation compensatrice, APA, allocation veuvage€€€	
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF				
Revenu solidarité active (RSA)€€€	3 derniers relevés CAF.
Prime d'activité€€€	
Allocation adulte handicapé (AAH)€€€	
Allocations familiales€€€	
Allocation logement ou aide personnalisée au logement€€€	
Allocations d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)€€€	
Autres prestations CAF (ASF, PAJE, APP, ADOPTION)€€€	
REVENUS DIVERS				
Prestation compensation du handicap (MDPH)€€€	
Pensions alimentaires€€€	
Bourses scolaires€€€	
Revenus locatifs, fonciers, placements bancaires€€€	
Autres ressources (préciser)€€€	
TOTAL€€€	

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT SOUS LE MÊME TOIT

Logement	MONTANT MENSUEL
<input type="checkbox"/> Loyer €
<input type="checkbox"/> Crédit accession à la propriété €
Les mensualités du crédit d'accession à la propriété sont-elles prises en charge actuellement par une assurance ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> Hébergé à titre gratuit	
Chauffage, électricité, gaz, fioul.... €
Eau €
Assurance habitation €
Taxe d'habitation €
Taxe foncière €
Frais de dépendance, EHPAD €
Santé	
Cotisations complémentaire santé €
Autres	
Pension alimentaire versée €
Impôts sur les revenus €
Crédits (autre que celui de l'accession à la propriété) €
Assurance voiture €
Tierce personne rémunérée €

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par un Organisme Complémentaire ?

NON

OUI

Mutuelle

Complémentaire Santé Solidaire

Participative OUI NON

Non Participative OUI NON

Nom et adresse de votre mutuelle :

.....

N° de téléphone : N° d'adhérent :

Si votre complémentaire prend en charge une partie des frais concernant votre demande, indiquez le montant.....€.

**Joindre OBLIGATOIREMENT la notification de participation ou de non-participation
de l'organisme complémentaire, ou la simulation de remboursement**

AUTRES FINANCEURS

Avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes ?

NON

OUI

Mutuelle

MDPH

Conseil Départemental

Autres (à préciser) :

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition (4 pages) reçu pour chaque personne au foyer
- Les 3 derniers avis de paiement de toutes les prestations familiales délivrées par la CAF
- Le justificatif de la participation financière d'autres organismes (MDPH, Conseil Départemental,...)

Pour les soins envisagés

- le devis détaillé
- l'attestation de participation de la mutuelle ou refus
- les prescriptions médicales

Pour les soins réalisés

- le décompte de remboursement de l'Assurance Maladie et de la mutuelle
- la facture détaillée acquittée
- la facturation ou l'avis des sommes à payer

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions de l'article L377-1 du code de la Sécurité sociale, que les renseignements portés sont complets et exacts, qu'ils pourront être vérifiés.

Par ailleurs, j'autorise l'Assurance Maladie à verser les sommes éventuellement accordées à des tiers.

le

(signature)

Seul un dossier complet pourra être étudié : il est donc indispensable que la présente déclaration soit entièrement remplie et que toutes les pièces justificatives soient jointes au dossier.

À noter pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire.

Prothèses auditives, prothèses dentaires et optique : ces prestations déjà incluses dans le panier des biens ne peuvent pas faire l'objet d'une aide financière.

Votre dossier de demande d'aide, accompagné des pièces justificatives, est à envoyer à l'adresse suivante :

CPAM DE MEURTHE - ET - MOSELLE

SECRETARIAT PS/AFI

9 BD JOFFRE

54047 NANCY CEDEX

OU PAR MAIL :

secretariat-ps-afi.cpam-meurtheetmoselle@assurance-maladie.fr

L'attribution d'une aide individuelle ne constitue pas un droit pour le demandeur.

Ces prestations sont facultatives et sont allouées selon les critères de la Commission des prestations Supplémentaires et Aides Financières individuelles et ne sont pas susceptibles d'un recours. La Commission est souveraine dans ses décisions.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 471.3 du code de la Sécurité sociale, 441.1 du code pénal).