



l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

Hauts-de-Seine

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Le demandeur : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

N° immatriculation : [] CPAM CAMIEG SLM

Si vous êtes affilié(e) à une section locale MGEN, MG... joindre la photocopie de votre attestation de droits.

N° d'allocataire CAF : _____

Si vous êtes inscrit(e) à la Maison Départementale des Personnes Handicapées :

Numéro de dossier MDPH : _____

VOTRE SITUATION FAMILIALE

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

VOTRE DEMANDE CONCERNE

AIDE MÉNAGÈRE (joindre la prescription médicale détaillant le nombre d'heures hebdomadaires et la durée d'intervention) AUDITIF (uniquement pour les personnes retraitées)

DENTAIRE HOSPITALISATION ORTHODONTIE OPTIQUE AUTRES : _____

Pour les demandes : OPTIQUE, DENTAIRE, AUDITIF et ORTHODONTIE, joindre 2 DEVIS de 2 praticiens ou fournisseurs différents. Pour les prothèses dentaires d'un montant supérieur à 3 000 € ou pour les implants quel qu'en soit le montant, joindre une radio panoramique dentaire.

MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉ : _____ €

Lorsque votre demande d'aide est supérieure à 304 €, exception faite des demandes pour des frais d'optique, dentaires, auditifs ou d'aide ménagère, vous devez vous adresser à une assistante sociale de votre choix afin qu'elle réalise une évaluation sociale.

L'assistante sociale transmettra le dossier au service des aides financières.

VOTRE FOYER

	Nom - Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation : Scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage	Numéro de sécurité sociale
Assuré ...					
Conjoint ou concubin ...					
Enfants ...					
Autres personnes vivant au foyer					

BÉNÉFICIAIRE CONCERNÉ :

Nom - Prénom : _____ Date de naissance : _____

Assuré Conjoint Enfant Autre bénéficiaire

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

Le bénéficiaire de l'aide demandée est-il adhérent à un organisme complémentaire ?

- oui Mutuelle, assurance santé non
 CMU complémentaire

Dans l'affirmative, joindre la copie carte d'adhérent et préciser le montant de la cotisation mensuelle : _____ Euros

Votre organisme complémentaire dispose-t-il d'un Fonds social ? oui non

Si oui, l'avez-vous sollicité ? oui non

Une aide vous a-t-elle été accordée ?

- oui (joindre la notification de décision mentionnant le montant de l'aide) non pas de réponse à ce jour

AUTRES FINANCEURS

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

- oui Lesquels : _____ non

Si oui, une aide vous a-t-elle été accordée ?

- oui (joindre la notification de décision mentionnant le montant de l'aide) non

AUTORISATION DE PAIEMENT

À cocher et signer **obligatoirement** après en avoir pris connaissance

Joindre le RIB du tiers

Selon l'article 71 du Règlement intérieur de la Caisse Primaire, en cas d'accord de la CAFI, j'autorise la Caisse d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine à verser l'aide qui m'est due au tiers

- Établissement hospitalier Professionnel de santé Fournisseur Association Bailleur suivant :

À cet effet, je vous joins le **Relevé d'identité bancaire ou postal du tiers**.

Date :

Signature :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et autorise les membres de la commission à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiants ma demande.

Fait à

le

Signature de l'assuré ou de son représentant légal :

Quelle que soit la décision prise par la commission déléguée du Conseil de la Caisse, vous serez informé(e) par courrier.

Sont punis d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations (article L377-I du code de la Sécurité Sociale, 1047 du Code Rural, 150 du Code Pénal).

Les informations recueillies sont traitées par l'Assurance Maladie à des fins d'étude à l'octroi à une aide financière. Elles sont conservées pendant 5 ans. L'accès à ces informations est réservé au personnel de l'Assurance Maladie, dans le respect du secret professionnel.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant en adressant une demande écrite au Directeur général de votre organisme de rattachement ou à son Délégué à la protection des données. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (Cnil).

RESSOURCES MENSUELLES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Les justificatifs de ressources doivent être **obligatoirement** accompagnés :

- de la photocopie intégrale du dernier avis d'imposition de chacun des membres du foyer
- de l'imprimé joint dûment complété par vous-même

NATURE DES RESSOURCES	ASSURÉ	CONJOINT	ENFANTS ET/OU AUTRES	DOCUMENTS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ				
SALAIRES NETS				<input type="checkbox"/> Bulletins de salaire*
INDEMNITÉS CHÔMAGE				<input type="checkbox"/> Avis de paiement ou refus du Pôle Emploi
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES SÉCURITÉ SOCIALE				<input type="checkbox"/> Décompte ou attestation de paiement
COMPLÉMENT EMPLOYEUR OU RÉGIME DE PRÉVOYANCE				<input type="checkbox"/> Avis de paiement ou attestation de non prise en charge
REVENU D'ACTIVITÉ NON SALARIÉE				<input type="checkbox"/> Copie intégrale du dernier avis d'imposition sur les revenus
PENSIONS ET RENTES				
PENSION INVALIDITÉ				<input type="checkbox"/> Décompte ou attestation de paiement
COMPLÉMENT D'INVALIDITÉ : FSI OU COMPLÉMENT PRÉVOYANCE				
MAJORATION TIERCE PERSONNE				
RETRAITE				<input type="checkbox"/> Copie de la déclaration fiscale pré-remplie des revenus ou notification de pension
RETRAITES COMPLÉMENTAIRES				
PENSION CIVILE ET MILITAIRE				<input type="checkbox"/> Attestation de versement
RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL OU RENTE SURVIVANT				<input type="checkbox"/> Décompte de paiement
ALLOCATION COMPENSATRICE				<input type="checkbox"/> Attestation de versement
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF				
REVENU SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA)				<input type="checkbox"/> Attestation de versement de la CAF
ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ (AAH)				
ALLOCATIONS FAMILIALES				
ALLOCATION LOGEMENT OU AIDE PERSONNALISÉE AU LOGEMENT				
ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)				
AUTRES PRESTATIONS CAF (ASF, PAJE, APP, ADOPTION...)				
REVENUS DIVERS				
REVENUS MOBILIERS				
REVENUS FONCIERS				
AUTRES RESSOURCES (PRÉCISER)				<input type="checkbox"/> Justificatifs
PENSIONS ALIMENTAIRES				<input type="checkbox"/> Justificatifs de versement ou jugement de divorce
BOURSES ÉTUDES SUPÉRIEURES (ÉTUDIANT)				<input type="checkbox"/> Notification d'attribution ou de refus
TOTAL				

* des trois derniers mois précédant la demande.

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER	MONTANT MENSUEL EN EUROS
<p>VOUS-ÊTES :</p> <p><input type="checkbox"/> LOCATAIRE (joindre la copie de la dernière quittance de loyer)</p> <p><input type="checkbox"/> COLOCATAIRE (joindre la copie de la dernière quittance de loyer et le contrat de colocation)</p> <p><input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE : Avez-vous un prêt en cours ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non dans l'affirmative, joindre l'échéancier et le justificatif de la dernière échéance réglée</p> <p><input type="checkbox"/> HÉBÉRGÉ (joindre les ressources et les charges de toutes les personnes vivant au foyer)</p>	
<p>PENSIONS ALIMENTAIRES VERSÉES (joindre les justificatifs)</p>	
<p>CHARGES DIVERSES (PRÉCISER) (joindre les justificatifs)</p> <p><input type="checkbox"/> Charges de copropriété <input type="checkbox"/> EDF <input type="checkbox"/> GDF <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Taxe foncière</p> <p><input type="checkbox"/> Taxe d'habitation <input type="checkbox"/> Assurance habitation</p>	
<p>AUTRES CHARGES À préciser (joindre les justificatifs) _____</p>	
<p>SURENDETTEMENT Un dossier de surendettement a-t-il été déposé à la Banque de France ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui (joindre la photocopie du document de surendettement délivré par la Banque de France) <input type="checkbox"/> non</p>	

PRÉCISER OBLIGATOIREMENT L'OBJET ET LA NATURE DE LA DEMANDE

Je sollicite une aide exceptionnelle pour _____

Le montant de ma demande s'élève à _____ Euros

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

CPAM 92
DÉPARTEMENT PRÉVENTION SANTÉ
Service des aides financières
92026 NANTERRE CEDEX

Vous bénéficiez du DROIT À L'ERREUR

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ?

Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur. Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, ou nous rencontrer, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance Maladie :

par téléphone au **3646** Service gratuit + prix appel

ou consultez le site > www.ameli.fr