



## 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
	MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE			
<b>REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ *</b>				
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
<b>PENSIONS ET RENTES *</b>				
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
<b>PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF *</b>				
REVENU SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA)				<input type="checkbox"/> Attestation de versement de la CAF du mois précédant la demande
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...)				
<b>REVENUS DIVERS *</b>				
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
<b>TOTAL</b>				

\* du mois précédant la demande dans la mesure du possible.

## CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

MONTANT MENSUEL  
EN EUROS

VOUS-ÊTES :

- LOCATAIRE** (joindre la copie de la dernière quittance de loyer)
- COLOCATAIRE** (joindre la copie de la dernière quittance de loyer et le contrat de colocation)
- PROPRIÉTAIRE** : Avez-vous un prêt en cours ?  oui  non  
dans l'affirmative, joindre l'échéancier et le justificatif de la dernière échéance réglée
- HÉBERGÉ** (joindre les ressources et les charges de toutes les personnes vivant au foyer)

**PENSIONS ALIMENTAIRES VERSÉES** (joindre les justificatifs)

**CHARGES DIVERSES (PRÉCISER)** (joindre les justificatifs)

- Charges de copropriété  EDF  GDF  Eau  Taxe foncière
- Taxe d'habitation  Assurance habitation

**SURENDETTEMENT** Un dossier de surendettement a-t-il été déposé à la Banque de France ?

- oui (joindre la photocopie du surendettement délivré par la BDF)  non

## 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 : \_\_\_\_\_ €uros

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 :

## 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

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 justifiant ma demande.

Fait à

le

Signature de l'assuré ou de son représentant légal :

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

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).

3646

Service 0,06 € / min  
+ prix appel

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)