

DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES OU DE SECOURS EXCEPTIONNELS

Madame, Monsieur,

Confronté à des difficultés financières liées à la maladie, vous pouvez solliciter l'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM pour l'attribution de secours exceptionnels et de prestations supplémentaires.

Du fait de leur caractère non obligatoire, les décisions prises ne peuvent faire l'objet d'aucun recours.

Merci de remplir ce document avec attention.

Pour tout conseil ou information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers au 36 46.

Vous pouvez également consulter une assistante sociale (adresse en mairie).

ASSURÉ(E)

Monsieur

Madame

Votre nom : _____

Votre prénom : _____

Votre date de naissance :

Votre adresse complète : _____

Code postal : _____

Commune : _____

N° de téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Votre N° de Sécurité Sociale :

Votre N° d'allocataire Caf (si vous en possédez un) :

• Êtes-vous bénéficiaire de la CMUC
(Couverture Maladie Universelle Complémentaire) oui non

• Avez-vous une mutuelle ? oui non
Si oui, laquelle : _____

• Avez-vous déposé un dossier auprès de la commission de surendettement de la banque de France ?
 oui non

NATURE DE VOTRE DEMANDE

Vous sollicitez une aide :

Pour des frais médicaux, d'appareillage ou de fournitures médicales... (détailler) :

• Qui est malade ? _____

• Date des soins et durée : _____

• S'agit-il d'un accident ? Non Oui Date : _____

→ Avec un tiers responsable ? Oui Non

Montant des indemnités ou provisions perçues : _____

• Montant des frais ou devis (joindre les justificatifs) : _____

→ Si la demande concerne des frais de transport, indiquer :

• le lieu et la nature du traitement médical _____

• le moyen de transport utilisé _____

• Montant pris en charge par votre mutuelle : _____

→ Fournir le devis détaillé remis par la mutuelle

• Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ? Non Oui Montant obtenu _____

Pour faire face à des difficultés financières (préciser) : _____

RÈGLEMENT À UN TIERS

"En cas d'attribution d'une aide financière, j'autorise la Caisse à la verser directement au professionnel de santé, fournisseur ou créancier concerné par ma demande."

À _____ Le _____ Signature

VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

► **ASSURÉ(E) :** Célibataire Marié(e) Vie maritale ou PACS Divorcé(e)
 Séparé(e) Veuf(ve) Famille monoparentale

Situation professionnelle : _____

► **CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E) :** Nom et prénom : _____

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Situation professionnelle : _____

► **ENFANTS ET AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE :**

Nom et prénom	Lien de parenté fille, fils, parent, neveu, enfant recueilli...	Date de naissance	Situation actuelle fille, fils, parent, neveu, enfant recueilli...
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

► **AVEZ-VOUS (VOUS MÊME OU VOTRE CONJOINT) ÉTÉ INDEMNISÉ RÉCEMMENT ?** (indiquer les périodes)

• Au titre de l'Assurance Maladie ? _____

• Au titre accident du travail ? _____

Percevez-vous : une pension d'invalidité ? Oui Non Catégorie

une rente AT Oui Non Taux

Depuis quelle date ?

VOS REVENUS

	Assuré(e)	Conjoint(e)/ Concubin(e)	Enfants	Autres personnes au foyer
Salaires nets imposables				
Indemnités journalières nettes <small>(maladie, maternité, accidents du travail)</small>				
Complément aux indemnités journalières <small>versé par l'employeur ou la caisse de prévoyance</small>				
Allocation de chômage				
Pension <small>(invalidité, retraite...)</small>				
RSA				
Prestations CAF : AF, CF, AL ou APL, AAH, autres (préciser)				
Pension alimentaire reçue				
Revenus mobiliers ou immobiliers				
Autres revenus <small>(préciser)</small>				

IMPORTANT

▼ ▼ ▼

Merci de remplir ces rubriques en indiquant vos ressources actuelles **mensuelles**.

▼ ▼ ▼

Joindre impérativement :

1- Les justificatifs de vos ressources **du dernier mois échu** (bulletins de salaires ou Pôle Emploi, ou attestation de l'employeur précisant **les salaires nets imposables** du mois, ou notification de pension).

2- Votre dernier avis d'imposition ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (Asdir).

VOS CHARGES

► **LOGEMENT :** Vous êtes propriétaire ou en accession à la propriété Vous êtes locataire Vous êtes logé gratuitement

- Montant du loyer (hors charges) : _____

- Montant du remboursement d'accession à la propriété : _____

→ Prise en charge du remboursement par une assurance Oui Non Montant : _____

► **PENSION ALIMENTAIRE VERSÉE,** (le cas échéant) montant mensuel : _____

▼ ▼

Joindre les justificatifs (dernier mois échu)

ATTENTION !

Pour que votre dossier soit traité rapidement :

Avez-vous répondu à toutes les questions qui vous concernent ?
Avez-vous joint les justificatifs demandés ? (frais médicaux, ressources, charges...)
Datez et signez votre demande.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints

À _____

le _____

Signature :



INFORMATIONS PRATIQUES

► PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE DE SECOURS EXCEPTIONNEL OU PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1- Pour toute demande :

- Justificatifs de l'ensemble des ressources des personnes vivant au foyer pour le mois qui précède cette demande (bulletins de salaires, attestation de paiement Pôle Emploi, indemnités journalières et compléments aux indemnités journalières, pension d'invalidité ou de retraite, RSA, prestations CAF, pensions alimentaires versées ou reçues, rente...),
- copie de l'avis d'imposition ou de l'avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (Asdir) pour l'année,
- quittance de loyer ou tableaux d'amortissement des prêts d'accession à la propriété,
- tout autre document utile à l'analyse de vos ressources et charges.

2- Pour les frais médicaux (dentaire, optique, fournitures...) :

- devis ou facture du professionnel de santé ou du fournisseur datant de moins de 6 mois,
- devis ou décompte de remboursement de votre mutuelle.

► Comment connaître la suite réservée à votre demande ?

Les dossiers complets sont examinés par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale qui se réunit chaque semaine.

Dès que la décision aura été prise, vous serez immédiatement informé par courrier ou par messagerie si vous nous avez communiqué votre adresse e-mail.

IMPORTANT

Article 441-6 du Code Pénal

"Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu."

La loi n°78-17 du 06/01/1978 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 rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.