

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE INDIVIDUELLE / DE PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

IDENTIFICATION DE L'ASSURE(É)

Numéro de sécurité sociale : **CPAM** **SLM** (joindre l'attestation d'affiliation)

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Tél portable (conseillé afin d'être tenu informé de l'avancée de votre dossier) :

Courriel :

Situation professionnelle (nature du contrat –CDI/CDD-emploi aidé...) :

Situation familiale :

Célibataire Concubinage Marié(e)/Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

N° D'allocataire CAF :

BENEFICIAIRE DE LA DEMANDE (si différent de l'assuré(e))

Nom du demandeur : Prénom :

Date de naissance : / /

COMPOSITION DU FOYER

| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage) | Dernier emploi exercé | Numéro de sécurité sociale | N° d'allocataire CAF |
|----------------------------------|--------|-------------------|-----------------|---|-----------------------|----------------------------|----------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Autres personnes vivant au foyer | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

MOTIF DE LA DEMANDE

Votre demande concerne :

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fournitures médicales | <input type="checkbox"/> Appareillage | <input type="checkbox"/> Auditif |
| <input type="checkbox"/> Dentaire (prothèses), orthodontie | <input type="checkbox"/> Ticket modérateur | <input type="checkbox"/> Transport |
| <input type="checkbox"/> Forfait journalier | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Maintien à domicile | | |

Joindre les photocopies des justificatifs de la demande (devis, prescription médicale, avis des sommes à payer pour les hospitalisations)

Expliquez vos difficultés :

MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉ :€

MONTANT RESTANT A CHARGE DE L'ASSURÉ :€

Avez-vous une complémentaire santé ? Oui

↳ Nom de l'organisme complémentaire : Téléphone :
 Non

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

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

Oui Non

Une aide vous a-t-elle été accordée ?

Oui Non (*joindre la copie de la notification de décision*)

Avez-vous un dossier auprès de la MDPHE ?

Oui Non (*joindre la copie de la notification de décision*)

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande d'aide sont exacts et m'engage à utiliser les fonds conformément à la destination de l'aide.

J'accepte que l'intégralité des informations figurant dans le présent dossier soit communiquée aux organismes sollicités dans le cadre de l'étude de ma demande d'aide

Date :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Signature de l'assuré (e)
OBLIGATOIRE

| |
|--|
| |
|--|

(Joindre la photocopie de tous les justificatifs de ressources et de charges)

| Postes | Ressources mensuelles des personnes vivant au foyer (mois précédent la demande) | Montants |
|--|--|-----------------|
| <u>Assuré</u> Revenus liés à une activité | Salaire net mensuel avant impôt ou revenus d'apprentissage et de formation Allocation chômage Indemnités journalières Complément d'indemnités journalières Revenu d'activité non-salariée Prime d'activité | |
| <u>Autre personne</u> Revenus liés à une activité | Salaire net mensuel avant impôt ou revenus d'apprentissage et de formation Allocation chômage Indemnités journalières Complément d'indemnités journalières Revenu d'activité non-salariée Prime d'activité | |
| <u>Assuré</u> Pensions et rentes | Pension d'invalidité Majoration tierce personne Pension retraite (dont ASPA) Pension de réversion Retraite complémentaire Pensions civiles et militaires Rentes accident du travail ou survivant Allocation veuvage | |
| <u>Autre personne</u> Pensions et rentes | Pension d'invalidité Majoration tierce personne Pension retraite (dont ASPA) Pension de réversion Retraite complémentaire Pensions civiles et militaires Rentes accident du travail ou survivant Allocation veuvage | |
| Autres Ressources | Revenus mobiliers ou immobiliers Pension alimentaire Bourse d'étude Prestation compensatoire Prestation spécifique (AEEH, ACTP, APA, PCH, ...) | |

| Postes | Charges mensuelles des personnes vivant au foyer (mois précédent la demande) | Montants |
|----------------|--|-----------------|
| Logement | Loyers Accessions à la propriété Charges de co-propriété Taxe d'habitation Taxe foncière Assurance habitation Energie (électricité, gaz, fuel) Eau | |
| Famille | Impôts sur le revenu Pension alimentaire versée Frais de garde (crèche, nounrice, accueil périscolaire, cantine) Montant mensuel de l'apurement de dettes suite à une décision de la commission de surendettement Frais de transports ((Pass Navigo, assurance automobile) | |
| Autres charges | Pension alimentaire Complémentaire santé Frais de dépendance (aide-ménagère) Téléphone Abonnement internet Autres (à préciser) | |

Si votre situation a changé dans l'année, merci de l'expliquer :.....

.....

AUTORISATION DE PAIEMENT SUR LE COMPTE D'UN TIERS

Selon l'article 71 du Règlement intérieur des Caisse Primaires, j'autorise la Caisse d'Assurance Maladie de l'Essonne à verser l'aide qui m'est accordée au tiers

Établissement hospitalier Professionnel de santé Fournisseur Association Bailleur

Nom du tiers :

Date :



Signature de l'assuré (e)
OBLIGATOIRE



Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en page 3) est à adresser à :

CPAM ESSONNE
Pôle Accompagnement et Solidarité
91040 EVRY CEDEX

Textes de loi

Articles L114.13 du Code de la Sécurité Sociale : est passible d'une amende de 5 000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées, par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. Article 150 du Code Pénal : tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion. La loi rend possible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, et 313-2 et 441-6 du Code Pénal).

En application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, une partie des informations portées sur le formulaire de demande d'aide sera traitée au moyen de l'informatique. Dans le cadre des logiciels informatiques utilisés par la CPAM 91, ces informations seront effacées de tout support informatique 24 mois après la fin de l'intervention du service au titre de l'aide financière. Il vous est possible d'avoir accès à ces informations et de demander leur correction si elles sont inexactes, conformément aux modalités prévues par la loi. par téléphone au 3646 ou consultez le site www.ameli.fr.