

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 précédant 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 précédant 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, nourrice, 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 passible 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.