

## IDENTIFICATION DE L'ASSURE(É)

**Numéro de sécurité sociale :**  CPAM  MGEN  SLM  CAMIEG  
**Nom de l'assuré(e) :** **Prénom :**  
**Date de naissance**  
**Adresse :**  
**Téléphone :**  
**Situation familiale :** **N° Allocataire CAF :**  
 Célibataire  Concubinage  Marié(e)/Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)

## 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)	N° de Sécurité Sociale
Assuré(e)						
Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e)						
Enfants						
Autres personnes vivant au foyer						

## MOTIF DE LA DEMANDE

Votre demande concerne :

Expliquer vos difficultés :

MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉ : €

Avez-vous une complémentaire santé ?  Oui

↳ Nom de l'organisme complémentaire : Téléphone :

Non

Êtes-vous déjà accompagné(e) par un(e) Assistant(e) social(e) ou un(e) travailleur social ?  Oui  Non

- Si oui, son nom, son service et son adresse mail :

.....

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

Je certifie exacts tous les renseignements fournis à l'appui de ma demande et 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

### 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).

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant en vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie.

Les articles 71 à 71-3 du Règlement Intérieur des Caisses primaires, modifiés par l'arrêté du 26 octobre 1995, autorisent, sous certaines conditions, l'octroi de prestations supplémentaires. Une aide financière individuelle peut exceptionnellement être accordée, dans certains cas après enquête sociale, à l'assuré ou ses ayants droit par le Conseil de la Caisse ou par une Commission habilitée par lui à cet effet. L'octroi de cette aide doit être lié aux dépenses causées par une maladie, une maternité, un accident du travail et à leurs conséquences directes dans le foyer intéressé. Cette aide revêt un caractère exceptionnel et relève d'une situation financière temporaire. Toute demande sera examinée par la Commission dont la décision n'est susceptible d'aucun recours. Cette demande doit obligatoirement être accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

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 ou consultez le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

## RESSOURCES ET CHARGES 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	ASSURE	CONJOINT	ENFANTS ET/OU AUTRES	DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT
<b>REVENUS LIES A UNE ACTIVITE</b>				
Salaire net mensuel ou revenus d'apprentissage et de formation				<input type="checkbox"/> 4 Derniers bulletins de Salaire
Indemnités de chômage				
Indemnités journalières				
Complément employeur ou Régime de Prévoyance				
Revenu d'activité non-salariée				
<b>PENSIONS ET RENTES</b>				
Pension d'invalidité				<input type="checkbox"/> Décompte ou attestation de paiement
Complément d'invalidité : FSI ou Complément Prévoyance				
Majoration tierce personne				<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition ou Notification de Pension
Pension retraite (dont ASPA)				
Pension de réversion				
Retraite complémentaire				
Pensions civiles et militaires				
Rentes accident du travail ou survivant				
Allocation Compensatrice				
<b>PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF</b>				
Revenu de Solidarité Active (RSA)				<input type="checkbox"/> Attestation de versement de la CAF
Allocations familiales				
Allocation parent isolé				
Prestations spécifiques personnes âgées ou handicapées (AEEH, APA, AAH, ASI...)				
APL / AL				
PAJE				
<b>REVENUS DIVERS</b>				
Autres prestations compensatoires (Demandeur Asile,...)				
Revenus mobiliers ou immobiliers				
Pension alimentaire				
Bourse d'étude				

CHARGES MENSUELLES	MONTANTS	DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT
Loyer		<input type="checkbox"/> Dernière quittance
Hébergé (participation)		<input type="checkbox"/> Attestation d'hébergement
Accession à la propriété		<input type="checkbox"/> Tableau d'amortissement du prêt
Charges de copropriété		<input type="checkbox"/> Dernier appel de charges
Taxe foncière		
Assurance habitation		
Energie (électricité, chauffage)		
Eau		
Impôts sur le revenu		
Frais de garde		
Montant mensuel de l'apurement de dettes suite à une décision de la commission de surendettement		
Prêt voiture		
Assurance voiture		
Dettes		
Complémentaire santé		

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 des Yvelines à verser l'aide qui m'est accordée au tiers

Établissement hospitalier    Professionnel de santé    Fournisseur    Association    Bailleur

Nom du tiers : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

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

Date :

Signature de l'assuré (e)  
OBLIGATOIRE

### Tout dossier incomplet ne pourra pas être examiné

#### JUSTIFICATIFS SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE DEMANDE

##### DENTAIRE

- Devis le moins coûteux
- Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou de non-participation
- Radio panoramique pour les soins non remboursables vous sera demandée à l'étude de votre dossier.

##### ORTHODONTIE

- Devis le moins coûteux
- Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou de non-participation
- Pour les plus de 16 ans : un diagnostic, un plan de traitement, une téléradiographie de profil, une radio panoramique, des photos des moulages de départ vous seront demandés par mail au moment de l'étude de votre dossier

##### HOSPITALISATION (de moins de 2 ans)

- Facture Recto Verso
- Ou avis de sommes à payer

##### ACTES OU SOINS MEDICAUX

- Prescription médicale
- Devis ou facture du professionnel
- Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou de non-participation.

##### SOINS DE PSYCHOMOTRICITE, PSYCHOLOGIE OU ERGOTHERAPIE

- Attestation du CMPP précisant que l'enfant est inscrit sur liste d'attente (psychomotricité)
- Prescription médicale et bilan (psychologie, ergothérapie)
- Devis et/ou facture
- Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou non-participation

##### FRAIS D'OBSEQUES

- Devis et/ou facture
- Attestation aide CAF pour obsèques enfant
- Annexe jointe au formulaire à compléter
- **Evaluation sociale établie par une assistante sociale de votre secteur**

##### AIDE AU LOYER / PERTE DE REVENU (si arrêt de travail)

- Attestation du versement ou non d'un complément de salaire émanant de l'employeur
- Dernière quittance de loyer
- Attestation précisant le montant de la dette (EDF, GDF, Assurances, etc...)
- **Evaluation sociale établie par une assistante sociale de votre secteur**

► Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en pages 3 et 4) est à adresser à :

**CPAM des Yvelines**  
Service Mission Accompagnement Santé  
78085 YVELINES