

**DOSSIER DE DEMANDE D ’AIDE FINANCIÈRE**

# IDENTIFICATION DE L’ASSURE(É)

**Numéro de sécurité sociale :** Cliquez ici pour taper du texte. CPAM  MGEN  SLM  CAMIEG

**Nom de l’assuré(e)**: Cliquez ici pour taper du texte. **Prénom**: Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de naissance :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse**: Cliquez ici pour taper du texte.

**Téléphone**: Cliquez ici pour taper du texte.

**Situation familiale :** Cliquez ici pour taper du texte. **N° Allocataire CAF :** Cliquez ici pour taper du texte.

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

# BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (si différent de l’assuré(e))

**Nom du demandeur**: Cliquez ici pour taper du texte. **Prénom**: Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de naissance**: Cliquez ici pour taper du texte.

# COMPOSITION DU FOYER

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Lien de parenté** | **Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage)** | **Numéro de sécurité sociale** |
| Assuré(e) |  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
| Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e) |  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
| Enfants |  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
| Autres personnes vivant au foyer |  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |
|  |  |  |  | Choisissez un élément. |  |

# MOTIF DE LA DEMANDE

|  |
| --- |
| *Votre demande concerne :* |
| Précisez le soin |

|  |
| --- |
| *Expliquer vos difficultés :* |
|  |

MONTANT DE L’AIDE DEMANDÉ : Cliquez ici pour taper du texte.€

Avez-vous une complémentaire santé ?  Oui

⮱ Nom de l’organisme complémentaire : Cliquez ici pour taper du texte. Téléphone : Cliquez ici pour taper du texte.

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 : Cliquez ici pour taper du texte.

Avez-vous sollicité une aide auprès d’autres organismes ?

Oui Lesquels : Cliquez ici pour taper du texte.  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)

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

|  |  |
| --- | --- |
| **CHARGES MENSUELLES** | **Montants** |
| Loyers |  |
| Hébergé (participation) |  |
| Accessions à la propriété |  |
| Charges de co-propriété |  |
| Taxe d’habitation |  |
| Taxe foncière |  |
| Assurance habitation |  |
| Énergie (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 : Cliquez ici pour taper du texte.

*AUTORISATION DE PAIEMENT SUR LE COMPTE D’UN TIERS*

*AUTRES FINANCEURS*

*AUTORISATION DE PAIEMENT*

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 : | Cliquez ici pour entrer une date. |  | Signature de l’assuré (e) OBLIGATOIRE |  |

**Tout dossier incomplet ne pourra être examiné**

*JUSTIFICATIF A FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE DEMANDE*

**DENTAIRE**

* Devis le moins coûteux
* Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou non
* Radio panoramique pour les soins non remboursables

**ORTHODONTIE**

* Devis le moins coûteux
* Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou non
* 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

**HOSPITALISATION** (de moins de 2 ans)

* Facture Recto Verso
* Ou avis de sommes à payer

**SOINS DE PSYCHOMOTRICITÉ, PSYCHOLOGIE OU ERGOTHÉRAPIE**

* 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

**ACTES OU SOINS MÉDICAUX**

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

**FRAIS D’OBSÈQUES**

* Devis et/ou facture
* Attestation aide CAF pour obsèques enfant
* Annexe 1 jointe au formulaire à compléter

**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…)
* **Évaluation sociale établie par une assistante sociale de votre secteur**

**SPORT SUR ORDONNANCE**

* Prescription de sport sur ordonnance
* Justificatif d’adhésion à un club sportif Presci-forme (annexe 2) et RIB du bénéficiaire
* Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en page 4) est à adresser à :

**CPAM des Yvelines**

Service Mission Accompagnement Santé

78085 YVELINES

**ANNEXES**

***ANNEXE 1 – AIDES FINANCIÈRES LIÉES À DES FRAIS D’OBSÈQUES***

**Déclaration sur l’honneur à remplir par le requérant**

Après avoir pris connaissance des peines encourues en cas de fraude ou fausse déclaration (1),

je soussigné(e) déclare solliciter une aide financière relative aux frais d’obsèques de l’assuré(e) décédé(e) :

**Nom** : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Prénom** : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Adresse complète** : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Numéro de sécurité sociale** : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

À cet effet, je complète le questionnaire suivant auquel je joins la facture acquittée des frais d’obsèques

ou un reçu de paiement.

**• La personne décédée a-t-elle laissé une succession ?** ☐ Oui ☐ Non

**• Si oui, quel en est le montant estimé ?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ €

• **Quel en est le bénéficiaire ?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**• Avez-vous sollicité et/ou reçu d’autres sommes à la suite du décès ? (\*)** ☐ Oui ☐ Non

(Banque, mutuelle, société d’assurance vie, mairie, organisme de retraite complémentaire, etc.)

**• Si oui, en indiquer les montants :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ € (joindre la notification de décision)

**• La personne décédée avait-elle des enfants majeurs ?** ☐ Oui ☐ Non

**• Ont-ils participé aux frais d’obsèques ?** ☐ Oui ☐ Non

**• Si oui, pour quel montant ?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ €

**• Si non, pour quel motif ?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Date**  **Signature**

\*Joindre RIB du demandeur

NB : joindre la copie des notifications des décisions prises par les organismes sollicités.

(1) voir article L.114-13 du Code de la Sécurité sociale

***ANNEXE 2 – AIDES FINANCIÈRES POUR L’ADHÉSION À UN CLUB SPORTIF***

**Attestation d’adhésion à un club sportif certifié Prescri’forme à remplir par le représentant de la structure**

Je soussignée, M. Mme \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ en qualité de Président(e) du club sportif \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ certifié Prescri’forme, atteste que M./Mme -\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ a réglé une cotisation de \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ Euros pour son adhésion annuelle/mensuelle/trimestrielle à l’activité adaptée \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_\_ \_ \_.

Je déclare avoir pris connaissance des peines encourues en cas de fraude ou fausse déclaration (1) et que le remboursement de l’adhésion sera directement versé au bénéficiaire par virement (2), sous réserve de validation de la demande.

Fait à, \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_

Le, \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_

Signature

(1) voir article L.114-13 du Code de la Sécurité sociale

(2) Joindre RIB du bénéficiaire