

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (ASS)

DEMANDE DE PRESTATION SOCIALE EXCEPTIONNELLE

1 - ASSURÉ

N° d'immatriculation : Date de naissance :/...../..... N° CAF :
 Nom : Prénom : N° de tél :/...../...../.....
 Adresse : Code postal : Ville :
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf

2 - BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (si différent de l'assuré)

Nom : Prénom :
☐ Conjoint / Concubin ☐ Enfant ☐ Autre :
 Êtes-vous : ☐ locataire, ☐ propriétaire, ☐ hébergé(e) (Préciser nom, prénom et lien de parenté de l'hébergeant) :
 Montant du loyer / crédit : Charges : Allocation logement :
 Montant des prestations familiales CAF hors logement (allocations familiales, complément familial, allocation de base PAJE) :€

3 - PERSONNES VIVANT AU FOYER

N° d'immatriculation	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle

4 - OBJET DE LA DEMANDE

☐ Auditif (si vous avez moins de 60 ans, consulter la rubrique n°5) ☐ Dentaire / Orthodontie ☐ Optique
☐ Secours en cas de difficultés financières (pour les personnes en arrêt maladie, accident de travail, maternité ou invalidité).
☐ Autres (forfait journalier, ticket modérateur, fournitures, prestations non remboursables par la Sécurité sociale, aide au handicap...) précisez :

Aide à verser à : ☐ Assuré ☐ Professionnel de santé ou fournisseurs (dentiste, médecin, opticien, prothésiste...)

5 - VOTRE DEMANDE CONCERNE UN APPAREILLAGE LIÉ À VOTRE HANDICAP

Si votre handicap a été reconnu avant vos 60 ans : la loi du 11 février 2005 a prévu la mise en place d'un guichet unique pour les demandes concernant les déficiences motrices, visuelles, et auditives. Ce guichet est destiné à centraliser les demandes d'aides au handicap.

Nous vous invitons à vous adresser directement à la Maison Départementale des Personnes handicapées :
MDPH 13 - 4, quai d'Arenc, Bâtiment ARENC - 13002 MARSEILLE.

6 - ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

- Êtes-vous bénéficiaire de la **CMU Complémentaire** ? ☐ OUI ☐ NON
 - Êtes-vous bénéficiaire d'une **mutuelle** ? ☐ OUI ☐ NON Si oui laquelle ?
 - Avez-vous bénéficié d'une **aide sur le fonds d'action sanitaire et sociale** de votre organisme complémentaire ou caisse de prévoyance ?
☐ OUI (joindre la notification d'accord avec le montant de l'aide accordée) ☐ NON

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude de tous les renseignements portés sur cet imprimé.

À _____ le _____,

Signature obligatoire du demandeur :

Les informations recueillies sont traitées par la CPCAM des Bouches du Rhône dans le cadre du traitement de votre dossier, conformément au code de la sécurité sociale et des dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé. Elles sont conservées le temps nécessaire à leur gestion et pour une durée maximale de 6 ans. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant en vous adressant par courrier au Délégué à la Protection des Données (DPO) de la CPCAM des Bouches-du-Rhône - 56, chemin Joseph Aiguier 13297 Marseille Cedex 9. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (Cnil).

L'inexactitude des déclarations entraînera de plein droit, la récupération des aides versées, sans préjudice des poursuites encourues. La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou fausses déclarations (articles L114-13 du Code de la Sécurité Sociale et 441-1 du Code Pénal)

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Les prestations sociales exceptionnelles sont destinées, en priorité, aux assurés les plus défavorisés. Une participation peut être accordée par l'ASS, **sous condition de ressources et en application de barèmes définis par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale**. Cette aide n'a pas vocation à être renouvelée.

Pour soumettre votre dossier à la Commission compétente, veuillez nous retourner cet imprimé dûment complété, accompagné des pièces justificatives demandées.

SI VOTRE DEMANDE CONCERNE :

Un appareillage auditif	Si vous avez plus de 60 ans : Votre demande doit être obligatoirement accompagnée de : - 2 devis établis par des audioprothésistes d'enseignes différentes ainsi que d'une prescription médicale - Une attestation de participation de votre mutuelle établie sur la base de ces 2 devis Seul le devis le moins onéreux sera retenu pour l'attribution de l'aide financière. NB : si vous êtes bénéficiaire de la CMU complémentaire, l'audioprothésiste doit délivrer un appareil conforme au panier de soins. Une aide financière pourra éventuellement intervenir pour le supplément relatif à l'appareillage de la seconde oreille. Si vous avez moins de 60 ans : Vous devez vous adresser à la Maison Départementale des Personnes Handicapées : MDPH 13 - 4 Quai d'Arenc, Bâtiment ARENC - 13002 MARSEILLE.
Un autre type d'appareillage (dentaire, optique...), une aide technique ou d'adaptation liée à un handicap (si vous avez plus de 60 ans ou êtes titulaire de l'allocation compensatrice pour tierce personne)	- Votre demande doit être obligatoirement accompagnée d'un devis - Si une aide vous est attribuée, elle sera versée par la suite sur présentation d'une facture conforme au devis initialement présenté.
La prise en charge du forfait hospitalier ou du ticket modérateur resté à votre charge	Vous devez joindre l' original du décompte de remboursement de la Sécurité sociale, de l'avis de sommes à payer ou du titre de recettes (pour une hospitalisation) datant de moins de 6 mois .
Un secours en cas de difficultés financières résultant d'un arrêt maladie, d'un accident de travail, d'une maternité ou d'une invalidité	Ce type d'aide exceptionnelle concerne les foyers ayant des factures impayées (loyer, EDF, GDF, eau) dues à une baisse de revenus causée par la maladie, un accident du travail ou un passage en invalidité, après avis du service social.
Une participation aux frais d'adhésion à une complémentaire santé	Vous devez utiliser le formulaire spécifique « demande d'aide à la mutualisation ». (réf. 94 11 039)
Une aide au domicile (aide-ménagère, portage de repas, garde-malade)	Vous devez utiliser le formulaire spécifique « demande d'aide au domicile ». (réf. 94 23 002)

PIECES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Dernier avis d'imposition dans son intégralité (sauf pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS avec des droits en cours de validité) de tous les membres du foyer (y compris les enfants de moins de 25 ans) - déclaration pré-remplie non recevable.
- Devis pour tout appareillage / 2 devis pour l'appareillage auditif.
- Prescription médicale.
- Attestation de votre mutuelle précisant le montant de sa participation.
- Si vous avez obtenu une aide sur le fonds d'action sanitaire et sociale de votre organisme complémentaire : notification d'accord indiquant le montant de l'aide accordée.

EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION PAR RAPPORT À VOTRE DERNIER AVIS IMPOSITION, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LES RESSOURCES MENSUELLES DE TOUTES LES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Dans le cas d'un changement de situation récent à l'origine d'une baisse de revenus, vous pouvez en faire état en remplissant le cadre ci-dessous et en fournissant les justificatifs récents (datant de moins de 3 mois) des ressources de l'ensemble des membres du foyer (y compris les enfants de moins de 25 ans) : bulletins de salaire, attestation Pôle Emploi, attestation CAF, pension d'invalidité, retraite et complémentaire, etc.

Nature des ressources	ASSURÉ	CONJOINT ou CONCUBIN	Enfants de moins de 25 ans		
	Montant en euros				
Salaire net					
Pôle emploi					
CAF (allocations familiales, AAH, RSA, ...)					
Retraites de base et complémentaire					
Invalidité					
Indemnités journalières					
Pension alimentaire					