

Action sanitaire et sociale

Demande d'aide financière exceptionnelle

Les informations recueillies sont traitées par l'Assurance Maladie afin d'instruire votre demande d'aide financière. Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la gestion du dossier et ne sont pas conservées plus de cinq ans. Elles peuvent être transmises au service médical de la CPAM pour avis.

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 adressant une demande écrite au directeur de la CPAM d'Avignon : CPAM - 84043 Avignon CEDEX 9 ou au Délégué à la protection des données : dpo.cpam-avignon@assurance-maladie.fr

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 – 3 place de Fontenoy – TSA – 80715 - 75334 Paris CEDEX 07

Assuré(e)

Nom : _____ Prénom : _____ N° de tel : _____

Adresse : _____

N° de sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____

N° CAF (Obligatoire) : _____

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale/Pacsé(e) ☐ Divorcé(e)/Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

Bénéficiaire (si différent de l'assuré(e))

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Autre : _____

Type d'aide

☐ Frais dentaire ☐ Optique ☐ Prothèses auditives ☐ Forfait journalier
☐ Semelles orthopédiques ☐ Produits ou actes non remboursables ☐ Aides à domicile ☐ Autre

Organisme complémentaire

- La personne concernée par l'aide est-elle couverte par un organisme complémentaire ?

☐ Oui (préciser le nom) _____ ☐ Non ☐ Mutuelle ☐ Couverture santé solidaire

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

☐ MDPH ☐ CCAS ☐ Conseil départemental ☐ Mutuelle ☐ Autre _____

Une aide vous a-t-elle été accordée ? ☐ Oui ☐ Non (**dans les deux cas joindre la notification**)

Objet de la demande :

Membres du foyer

N° Assurance maladie	Nom	Prénom	Parenté	Age	Situation professionnelle

Ressources perçues durant le mois précédant votre demande

	Assuré(e)	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer
Traitements et salaires nets imposables			
Indemnités journalières (IJ)			
Pension d'invalidité			
Complément versé par un autre organisme (prévoyance, assurance.....)			
Rente accident du travail			
Allocations chômage			
Retraites (principales et complémentaires)			
RSA (<i>Revenu de solidarité active</i>)			
AAH (<i>Allocation adulte handicapé</i>)			
Pensions alimentaires reçues			
Revenus fonciers			
Bourse d'étude de l'enseignement supérieur			
Prime d'activité			
Autres (ex : revenus non-salariés...)			
Pensions alimentaires versées			

- Avez-vous déposé un dossier auprès de la commission de surendettement de la banque de France ? ☐ Oui ☐ Non
- Êtes-vous : ☐ Locataire ☐ Propriétaire
- Êtes-vous hébergé à titre gratuit : ☐ Non ☐ Oui : lien de parenté avec la personne qui vous héberge : _____

Charges mensuelles du foyer

Poste de dépense	Montant mensuel
Loyer	
Accession à la propriété	
Participation à l'hébergement	
Electricité/gaz/chauffage	
Eau/assainissement	
Téléphone/internet	
Impôts sur le revenu	
Taxe foncière	
Taxe habitation	
Assurances (habitation, véhicule, etc.)	
Organisme complémentaire	
Frais de garde/cantines/pensions	
Pensions et obligations alimentaires versées	
Crédits (non pris en charge)	
Plan de surendettement	
Autres	
Dettes (cumul mensuel)	

Consentement

« En cas d'attribution d'une aide financière, j'autorise la caisse primaire à communiquer la décision au tiers concerné et à verser l'aide directement au professionnel de santé, fournisseur ou créancier concerné par ma demande. »

A _____ le _____ Signature

Pour compléter votre demande, vous devez joindre dans tous les cas pour chaque membre du foyer :

- justificatifs des ressources perçues le mois précédent la date la demande (salaires, allocations Pôle Emploi, Indemnités journalières,...),
- relevé des prestations CAF (Caisse d'allocations familiales) du mois précédant la demande,
- justificatifs de retraites ou pensions,
- avis d'imposition (**RECTO/VERSO**),
- notification de participation ou de non-participation de l'organisme complémentaire.

Pour que votre dossier soit traité rapidement.

Avez-vous répondu à toutes les questions qui vous concernent ?

Avez-vous joint les justificatifs demandés ? (frais médicaux, ressources, charges...)

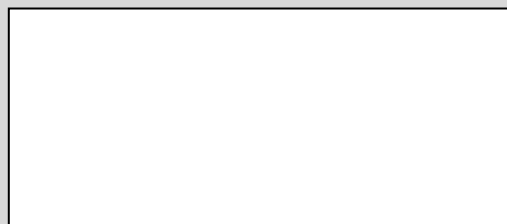
Datez et signez votre demande et renvoyez-la à l'adresse suivante :

Caisse primaire d'assurance maladie de Vaucluse – 84043 Avignon CEDEX 9

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le présent formulaire.

Fait à _____ le _____

Signature



Article 441-6 Modifié par la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 86

Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.

Pièces justificatives à joindre en fonction de la demande

PRESTATIONS	SOINS ENVISAGÉS	SOINS RÉALISÉS
Prothèses dentaires remboursables	- Devis datant de moins de trois mois	- Factures détaillées - Décompte de votre mutuelle
Implants dentaires	- Devis datant de moins de trois mois - Certificat médical détaillé (avec description des traitements précédents et qui précise si les soins répondent aux recommandations de la Haute Autorité de Santé sous pli confidentiel)	- Factures détaillées - Certificat médical détaillé (avec description des traitements précédents et qui précise si les soins répondent aux recommandations de la Haute Autorité de Santé sous pli confidentiel) - Décompte de votre mutuelle
Soins dentaires non remboursables	- Devis mentionnant la totalité des soins à réaliser datant de moins de trois mois - Certificat médical détaillé sous pli confidentiel, justifiant la nécessité des soins * Si les soins concernent un traitement parodontal, joindre le certificat médical décrivant les actes déjà réalisés, le bilan.	- Factures détaillées - Certificat médical détaillé sous pli confidentiel, justifiant la nécessité des soins * Si les soins concernent un traitement parodontal, joindre le certificat médical décrivant les actes déjà réalisés, le bilan - Décompte de votre mutuelle
Orthodontie remboursable	- Devis datant de moins de trois mois	- Facture - Décompte de votre mutuelle
Orthodontie adulte	- Devis datant de moins de trois mois - Certificat médical sous pli confidentiel avec radio ou photo + bilan thérapeutique	- Facture - Décompte de votre mutuelle
Aides auditives	- Devis datant de moins de trois mois - Prescription médicale	- Facture détaillée - Prescription médicale - Décompte de votre mutuelle
Frais d'optique médicale (lentilles, lunettes...)	- Devis datant de moins de trois mois - Prescription médicale	- Facture détaillée - Prescription médicale - Décompte de votre mutuelle
Forfait journalier		- Original de l'avis détaillé des sommes à payer - Décompte de votre mutuelle
Fournitures et accessoires	- Devis datant de moins de trois mois - Prescription médicale	- Facture détaillée - Prescription médicale - Décompte de votre mutuelle