

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE OU DE PRESTATION SUPPLEMENTAIRE

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

I. Vous avez besoin de soins ou d'une fourniture médicale concernant les prestations suivantes:

- Appareillage,
- Optique,
- Orthodontie,
- Prothèse auditive,
- Prothèse dentaire.

Veuillez nous adresser les pièces justificatives suivantes :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Dernier avis d'imposition ou de non imposition de toutes les personnes vivant au foyer,
- tous les justificatifs de ressources et de charges du foyer (3 derniers mois), pour tous les membres du foyer
- l'attestation de participation ou de non participation de votre organisme complémentaire,
- la photocopie de la prescription médicale,
- Un devis de l'alternative thérapeutique la moins onéreuse. Si votre situation médicale ne le permet pas:
Un justificatif médical détaillé, précisant les raisons médicales s'opposant au choix de cette alternative thérapeutique

II. Vous rencontrez des difficultés financières dues à la maladie, un accident du travail ou à un passage en invalidité :

Veuillez nous adresser les pièces justificatives suivantes :

- trois bulletins de salaires avant l'arrêt ou talons pôle emploi,
- le document concernant le motif de votre demande d'aide (factures impayées...)

DANS TOUS LES CAS VEUILLEZ REMPLIR L'ENSEMBLE DES RUBRIQUES DE CE DOSSIER ET JOINDRE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS A VOS RESSOURCES ET A VOS CHARGES

**DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE OU DE PRESTATIONS
SUPPLÉMENTAIRES A COMPLÉTER**

ASSURE

NOM : NOM

PRENOM : Prénom

Adresse : Adresse
CPOST Ville

N° de téléphone : N° de Sécurité Sociale : Matricule

Date de naissance : DateNaissance

Situation professionnelle :

N° Allocataire de la CAF (obligatoire si allocataire) :

SITUATION FAMILIALE ACTUELLE :

☐ Célibataire ☐ En couple (marié, concubin, pacsé, union libre) : depuis le
☐ Veuf(e) : depuis le : ☐ Séparé(e) : depuis le : ☐ Divorcé(e) : depuis le :

COMPOSITION DE LA FAMILLE

(Conjoint, enfants, ascendants ou autres personnes à charge vivant au foyer de moins de 25 ans)

NOM/PRENOM	N° de Sécurité Sociale	Lien de Parenté	Situation à la date de la demande (salarié, écolier...)

BENEFICIAIRE POUR LEQUEL EST FAITE LA DEMANDE D'AIDE

Nom : Prénom

Lien de parenté :

NATURE DE LA DEMANDE

Montant de l'aide sollicitée :€

Motif :
.....
.....

Avez-vous déjà formulé une demande d'aide ou de secours pour ce même besoin ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : préciser le nom et l'adresse de l'organisme :

Préciser le type et le montant de la demande :

MUTUELLE

Êtes-vous adhérent à une mutuelle ou à un organisme complémentaire ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : préciser le nom et l'adresse de l'organisme :

COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE : ☐ OUI ☐ NON

Votre mutuelle participe-t-elle à la prise en charge ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI : préciser le montant de la participation en euros : €

(Il faut **impérativement** nous fournir l'attestation de participation ou de non participation de l'organisme complémentaire).

RESSOURCES DU FOYER EN EUROS POUR LE MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE DE L'AIDE FINANCIÈRE

Remplir ce tableau en indiquant le montant mensuel en euros et joindre les photocopies des justificatifs correspondants à vos ressources :

Ressources mensuelles (justificatifs obligatoires)	Demandeur	Conjoint, Concubin, Pacs	Enfants ou autres personnes au foyer	Autres
Salaires				
Indemnités journalières				
Indemnités journalières complémentaires versées par l'employeur ou une caisse de prévoyance				
Pensions Invalidité				
Rentes				
Retraites principales et retraites complémentaires				
Allocations chômage				
Revenus non salariés				
Revenus mobiliers ou immobiliers				
Pension alimentaire reçue				
Toutes prestations versées par la CAF				
Bourse d'études supérieures				
Autres ressources A préciser (AES, ACTP, APA, ...)				
TOTAL DES RESSOURCES				

Etes-vous locataire de votre logement ? ☐ OUI (joindre la quittance de loyer)

☐ NON

A préciser : ☐ hébergé ☐ propriétaire

Si vous êtes hébergé, merci de joindre une attestation de l'hébergeur accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité

Si vous êtes propriétaire : avez-vous un prêt immobilier en cours ? ☐ NON

☐ OUI . Joindre impérativement le justificatif.

CHARGES MENSUELLES DU FOYER	
EDF.....	_____
Chauffage.....	_____
Eau.....	_____
Téléphone.....	_____
Impôts	_____
Mutuelle.....	_____
Pension alimentaire versée	_____
Loyer ou crédit d'accèsion à la propriété	_____
Autres	_____
TOTAL DES CHARGES.....	_____

DETTES NON MENSUALISEES-DEPENSES EXCEPTIONNELLES

MONTANT : Euros

CREDITS

Nature	Montant total	Date de la dernière mensualité	Montant échéance

RÉSERVÉ AU SERVICE SOCIAL :

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL OU MAS EN COURS :

ORGANISMES :

.....

.....

.....

.....

Après avoir pris connaissance de l'article L. 377-1 du Code de Sécurité Sociale qui précise :

« Est passible d'une amende de 3 811,23 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet ».

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur cet imprimé.

A Le

Prénom : Nom :

Signature

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant en vous adressant au Directeur de la CPAM des Alpes de Haute-Provence.