

Identification du demandeur

Nom marital : Nom de naissance :
 Prénom : Date de Naissance :
 Adresse :
 Code Postale : Ville :
 Téléphone portable : Mail :
 N° sécurité sociale : N° allocataire CAF :
 Mutuelle Oui Non Nom de la mutuelle :

Composition du foyer

Situation familiale célibataire Marié Vie maritale Veuf(ve) le
 Séparé(e)/divorcé(e) le

N° de sécurité social du conjoint :

Nombre d'enfant à charge : Garde alternée

Nom Prénom	Date de naissance	Lien de Parenté	Activité

Logement :

Locataire Accédant à la propriété Propriétaire Sans domicile fixe
 hébergé par (amis, famille, foyer)

Type de logement : T1 T2 T3 T4 ou plus

Type de bailleur : Privé Public

Objet de la demande

Date de la demande :

Montant de l'aide sollicité :

Objet de la demande :

Avez-vous sollicité une aide pour le même motif auprès d'autres organismes Oui Non

Organisme	Date	Objet	Montant

Demande unique d'aide financière

Si votre demande concerne du dentaire ou de l'auditif et que vous avez plus de 60 ans, vous êtes peut-être éligible à une aide financière complémentaire de la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA). En cochant cette case, vous nous donnez l'accord de transmettre votre demande au service instructeur de la CFPPA.

Budget de la famille

Revenus (moyenne des trois mois précédant la demande)	Demandeur	Conjoint	Enfant	Autre :
Sans ressource	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revenus liés à l'activité				
Salaire net / Revenus non-salariés				
Indemnités journalières				
Complément employeur ou régime de prévoyance				
Indemnités de chômage				
Pensions et rentes				
Pension d'invalidité & complément d'invalidité (ASI)				
Rente AT / Autre pension ou rente : (préciser)				
Retraite principale				
Retraites complémentaires				
Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)				
Pension de réversion				
Pensions alimentaires reçues				
Prestations familiales				
Allocations familiales				
Complément familial				
PAJE Allocation de base				
Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE)				
Allocation de soutien familial				
Revenu de Solidarité Active (RSA)				
Prime d'activité				
AAH & complément AAH (MVA...)				
AEEH & complément AEEH				
Allocation logement (APL, ALS...) Versé au bailleur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Revenus divers				
Revenus fonciers / mobiliers / d'épargne				
PCH Aide humaine				
Majoration Tierce personne / ACTP				
Autres ressources : (préciser)				
TOTAL				

Charges Mensuelles

Charges liées au logement	
Loyer	
Crédit accession à la propriété	
Charges locatives	
Electricité	
Chauffage	
Eau	
Taxe foncière	
Assurance logement	
Charges familiales	
Mutuelle	
Abonnement Téléphone / Internet / TV	
Frais de scolarité	
Frais de garde	
Assurances diverses	
Impôt sur le revenu	
Pension alimentaire versée	
Charges liées à la tierce personne	
Autre charge : (préciser)	
TOTAL 1	

Crédits, saisies, plan d'apurement, indus

Nature	Mensualité	Date de fin	Solde du à ce jour
TOTAL 2			

Total général des charges mensuelles et crédits, saisies, plan d'apurement, indus

TOTAL 1 + 2	€
--------------------	---

Dettes

	Montant des dettes
Logement	
Electricité / Chauffage/Eau	
Voiture (retard crédit)	
Equipement (retard crédit à la consommation)	
Découvert bancaire	
Dépense de santé (à préciser)	
Autres : (préciser)	

Date :

Signature du demandeur⁽¹⁾ :

(1) Est passible d'une amende quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations.

Calcul du Reste à vivre (partie réservé à l'administration)

Nombre de personne au foyer : Nombre de part :

Reste à vivre: Reste à vivre par personne :

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR PAR LE DEMANDEUR (POUR L'ENSEMBLE DU FOYER)

JUSTIFICATIFS DES RESSOURCES :

- ✓ Dernier avis d'imposition recto/verso

Revenus professionnels (3 derniers mois)

- ✓ 3 derniers bulletins de salaire
- ✓ Revenus non-salariés

Revenus de substitution (3 derniers mois)

- ✓ Attestation des allocations chômage perçues au cours des 3 derniers mois
- ✓ Pension d'invalidité
- ✓ Indemnités journalières (maladie, maternité, AT)
- ✓ IJ complémentaires (versées par l'employeur ou une caisse de prévoyance)
- ✓ Rente (AT)
- ✓ Pension de vieillesse et retraites complémentaires
- ✓ Pension de réversion
- ✓ Allocation veuvage
- ✓ Autres

Prestations sociales (3 derniers mois)

- ✓ Attestation des prestations familiales versées par la CAF au cours des 3 derniers mois (allocations familiales, RSA, prime d'activité, AAH, complément AAH, AEEH, aides au logement...)

Ressources diverses

- ✓ Revenus mobiliers ou immobiliers
- ✓ Pensions alimentaires reçues
- ✓ Autres

AUTRES JUSTIFICATIFS :

- ✓ Appel annuel de cotisation de votre mutuelle (avec montant de votre cotisation)
- ✓ Pensions alimentaires versées

Indiquez pour information les **dettes et crédits** en cours, plan de surendettement...

JUSTIFICATIFS LIES A LA DEMANDE :

- ✓ Prescription médicale
- ✓ Tout justificatif médical jugé utile
- ✓ Devis des soins envisagés
- ✓ Attestation de votre mutuelle indiquant le montant de sa participation (Attention : ce document doit être sollicité auprès de votre mutuelle. Il est différent de l'appel de cotisation annuel)
- ✓ RIB du tiers (impératif pour toute demande de participation aux frais de mutuelle)
- ✓ Pour les demandes dentaires : Radiographies et/ou photographies dentaires et/ou un rapport du Chirurgien-Dentiste justifiant les actes HN ou NR du devis

SI VOUS DEPENDEZ D'UNE SECTION LOCALE MUTUALISTE :

- ✓ Photocopie de votre attestation de droits (de moins de 3 mois)

POUR LES DOSSIERS D'OBSEQUES :

- ✓ Copie du livret de famille de la personne décédée
- ✓ Avis d'imposition de chacun des enfants majeurs (même ceux vivant hors foyer)
- ✓ Copie de l'actif successoral (si l'assuré était propriétaire)
- ✓ Copies des ressources et charges du foyer de la personne faisant la demande

POUR LES ASSURES DE PLUS DE 60 ANS EFFECTUANT UNE DEMANDE DENTAIRE OU AUDITIVE

- ✓ Copie du livret de famille ou d'une pièce d'identité
- ✓ Relevé d'identité bancaire

Les informations recueillies sont traitées pour votre demande d'aide extralégale sous la responsabilité de la CCSS des Hautes-Alpes. Elles sont conservées pendant 5 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 adressant une demande écrite au directeur. Les réclamations au titre de la protection des données personnelles peuvent être introduites auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07).