

DEMANDE D'AIDES FINANCIÈRES ET DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Merci de remplir ce formulaire en NOIR

Identification de l'assuré

N° d'assuré social _____
 Nom _____ Nom de naissance _____ Prénom _____
 Adresse _____ Ville _____
 Date de naissance ___ / ___ / _____ N° Allocataire CAF ou MSA _____
 Courriel _____ Tél. _____

Composition de la famille

Célibataire Marié(e)/vie maritale/PACS Divorcé(e)/séparé(e) Veuf/veuve

Nombre de personnes vivant au foyer (demandeur inclus) _____

Nom-prénom	Lien de parenté	N° d'assuré social	Date de naissance	Situation
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Objet de la demande

Motif de la demande _____
 Montant de l'aide sollicitée _____
 Êtes-vous bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire ? Oui Non En cours

Renseignements concernant le bénéficiaire

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance ___ / ___ / _____

Aides accordées au cours de ces 12 derniers mois

Date	Objet	Montant
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Budget de la famille

RESSOURCES DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE DE LA DEMANDE

	Assuré(e)			Conjoint(e)			Autres personnes au foyer		
	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	
Salaires	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Indemnités journalières (IJ)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Compléments d'IJ	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Pension d'invalidité	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Complément d'invalidité	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Rente accident du travail	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Indemnités chômage	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Retraite	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Retraites complémentaires	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
RSA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
AAH	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Pension alimentaire reçue	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Capitaux placés	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Prestations familiales et APL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Autres ressources	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
TOTAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

La commission de surendettement est-elle saisie ? Oui Non Date de saisine _____

Montant de la pension alimentaire versée _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

À _____ Le ___ / ___ / _____

Signature



SUITE DU DOSSIER AU VERSO



Pièces à joindre à votre demande :

- > les justificatifs des ressources du foyer des 3 mois précédant la demande (salaires, pensions, attestation pôle emploi, retraites...)
- > votre dernier avis d'imposition recto/verso
- > la prescription médicale
- > un devis ou une facture
- > une attestation de votre mutuelle précisant le montant de sa participation

Afin de vous satisfaire dans les meilleurs délais, vous êtes invité à retourner ce document par la poste à votre Caisse primaire d'assurance maladie ou à le déposer dans l'un de ses accueils

Caisse primaire d'assurance maladie de Maine-et-Loire
Service Action Sanitaire et Sociale
32, rue Louis Gain - 49 937 Angers Cedex 9



www.ameli.fr

Une non réponse de votre part entraînerait un classement sans suite

La présente déclaration n'exclut pas dans certains cas, une évaluation sociale.

Si cette demande est acceptée, vous en serez informé par courrier et recevrez selon le mode de paiement habituel, la somme qui vous a été allouée par la Commission déléguée par le Conseil de la Caisse. Cependant, l'attribution des aides exceptionnelles et des prestations supplémentaires étant essentiellement facultative, vous ne pourrez pas contester le montant des prestations accordées.

En cas de refus de la Commission compétente, une notification vous sera adressée. S'agissant de prestations extra-légales, l'assuré n'est pas fondé à faire appel devant quelque juridiction que ce soit. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de faux, de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 114.13 du code de la Sécurité sociale et 441.1 du code pénal).

L'Assurance Maladie, via la CPAM de Maine-et-Loire, dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement votre dossier.
Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre CPAM de rattachement.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 114.13 du Code de la sécurité sociale, L 441.1 du Code pénal).