

## 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 :	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](http://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).