



DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

Numéro de sécurité sociale : _____ CPAM SLM

Nom de l'assuré(e) : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Situation familiale : Célibataire Concubinage Marié(e)/Pacsé(e)

Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (si différent de l'assuré(e))

Nom du demandeur : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

COMPOSITION DU FOYER

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage)	DERNIER EMPLOI EXERCÉ	N° DE SÉCURITÉ SOCIAL	N° D'ALLOCATAIRE CAF
Assuré(e)								
Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e)								
Enfants								
Autres personnes vivant au foyer								

MOTIF DE LA DEMANDE

• **Votre demande concerne :**

• **Expliquer vos difficultés :**



MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉ : _____ €

• **Avez-vous une complémentaire santé ?** Oui Non

Si OUI : Nom de l'organisme complémentaire : _____

Téléphone : _____

• **Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ?** Oui Non

Si OUI : Lesquels ? _____

• **Connaissez-vous un(e) Assistant(e) Social(e) ?** Oui Non

Si OUI

NOM : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date

Signature de l'assuré (e) OBLIGATOIRE

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données renseignées auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la Complémentaire santé solidaire peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

Les articles 71 à 71-3 du Règlement Intérieur des Caisses primaires, modifiés par l'arrêté du 26 octobre 1995, autorisent, sous certaines conditions, l'octroi de prestations supplémentaires. Une aide financière individuelle peut exceptionnellement être accordée, dans certains cas après enquête sociale, à l'assuré ou ses ayants droit par le Conseil de la Caisse ou par une Commission habilitée par lui à cet effet. L'octroi de cette aide doit être lié aux dépenses causées par une maladie, une maternité, un accident du travail et à leurs conséquences directes dans le foyer intéressé. Cette aide revêt un caractère exceptionnel et relève d'une situation financière temporaire. Toute demande sera examinée par la Commission dont la décision n'est susceptible d'aucun recours. Cette demande doit obligatoirement être accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ? Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur. Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, ou nous rencontrer, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'assurance maladie : par téléphone au 3646 ou consultez le site www.ameli.fr

RESSOURCES ET CHARGES

Cocher les cases correspondantes et joindre les photocopies des justificatifs

• Dernier avis d'imposition de chaque membre du foyer

Justificatifs des RESSOURCES des 3 derniers mois de chaque membre du foyer			
Salaires	Assuré	€	<input type="checkbox"/>
	Conjoint	€	<input type="checkbox"/>
	Concubin	€	<input type="checkbox"/>
	PACS	€	<input type="checkbox"/>
	Enfants	€	<input type="checkbox"/>
	Autre (préciser)		
	•	€	<input type="checkbox"/>
	•	€	<input type="checkbox"/>
Prestations CAF		€	<input type="checkbox"/>
Pensions	Pension(s) de retraite	€	<input type="checkbox"/>
	Retraites complémentaires	€	<input type="checkbox"/>
	Pension(s) de réversion	€	<input type="checkbox"/>
	Invalidité	€	<input type="checkbox"/>
	Rente AT / MP	€	<input type="checkbox"/>
	ASPA	€	<input type="checkbox"/>
	Pension alimentaire perçue (*)	€	<input type="checkbox"/>
Autres ressources	Allocations Pôle Emploi	€	<input type="checkbox"/>
	Complément prévoyance	€	<input type="checkbox"/>
	Bourses d'étude	€	<input type="checkbox"/>
	Allocations CASVP	€	<input type="checkbox"/>
	Autres : _____	€	<input type="checkbox"/>

Justificatifs des CHARGES de moins de 3 mois			
Logement	Loyer	€	<input type="checkbox"/>
	Charges de copropriété	€	<input type="checkbox"/>
	Prêt(s) accession à la propriété	€	<input type="checkbox"/>
	Participation à l'hébergement ⁽¹⁾	€	<input type="checkbox"/>
	Electricité	€	<input type="checkbox"/>
	Gaz	€	<input type="checkbox"/>
	Pensions alimentaires versées (*)		€

(*) Joindre la copie du jugement (Pensions alimentaires)

(1) Joindre un certificat de la personne qui vous héberge

• Si votre situation a changé dans l'année, merci de l'expliquer :

JUSTIFICATIF A FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE DEMANDE



DENTAIRE

- Facture ou 2 devis de moins de 6 mois
- Prise en charge de votre organisme complémentaire



HOSPITALISATION

- Facture ou Devis
- Ou avis de sommes à payer
- Prise en charge de votre organisme complémentaire



APPAREILLAGE dont OPTIQUE

- Ordonnance
- Facture ou Devis
- Prise en charge de votre organisme complémentaire



APPAREIL AUDITIF

- Ordonnance
- Facture ou Devis
- Prise en charge de votre organisme complémentaire
- Audiogramme



AIDE ALIMENTAIRE / AIDE AU LOGEMENT

- Attestation du bailleur précisant le montant de la dette locative, le cas échéant.
- Bon à savoir : la CPAM peut demander une évaluation sociale au service social CRAMIF en complément de votre demande.*



FRAIS D'HÉBERGEMENT THERMAL / FRAIS D'OBSÈQUES

- Facture ou devis
- Prise en charge de votre organisme complémentaire



Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en page 4) est à adresser à :

Assurance Maladie de Paris
Département Solidarités
75948 Paris cedex 19

ANNEXE

AIDES FINANCIÈRES LIÉES À DES FRAIS D'OBSÈQUES

Déclaration sur l'honneur à remplir par le requérant

Après avoir pris connaissance des peines encourues en cas de fraude ou fausse déclaration ⁽¹⁾, je soussigné(e) déclare solliciter une aide financière relative aux frais d'obsèques de l'assuré(e) décédé(e) :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

À cet effet, je complète le questionnaire suivant auquel je joins la facture acquittée des frais d'obsèques ou un reçu de paiement.

• La personne décédée a-t-elle laissé une succession ? Oui Non

• Si oui, quel en est le montant estimé ? _____ €

• Quel en est le bénéficiaire ? _____

• Avez-vous sollicité et/ou reçu d'autres sommes à la suite du décès ? (*) Oui Non

(Banque, mutuelle, société d'assurance vie, mairie, organisme de retraite complémentaire, etc.)

• Si oui, en indiquer les montants : _____ €

• La personne décédée avait-elle des enfants majeurs ? Oui Non

• Ont-ils participé aux frais d'obsèques ? Oui Non

• Si oui, pour quel montant ? _____ €

• Si non, pour quel motif ? _____

Date

Signature

* Joindre RIB du demandeur

NB : joindre la copie des notifications des décisions prises par les organismes sollicités.

⁽¹⁾ voir article L.114-13 du Code de la Sécurité sociale