l'Assurance Maladie
GIRONDE

Demande d'attribution d'une aide financière ou de prestations supplémentaires

ASSURE(E)

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Numéro de Sécurité Sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

Numéro d'allocataire de la CAF : |__|__|__|__|__|__|__| N° de téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ PACS ☐ Séparé(e)

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

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Lien de parenté avec l'assuré(e) : ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant ☐ Autre : .....

OBJET DE LA DEMANDE

☐ **Dentaire** ☐ **Frais d'hospitalisation** ☐ **Frais médicaux**

☐ **Ticket modérateur** ☐ **Frais de transports** ☐ **Optique**

☐ **Rééquilibre de budget** ☐ **Frais d'obsèques** : cette prestation ne peut être versée si des droits au capital décès peuvent être ouverts

☐ **Auditif**
☐ **Prestations liées à un handicap**

Percevez-vous la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ? ☐ Oui* ☐ Non

** Si vous percevez la PCH, votre demande est à transmettre à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)*

☐ **Autres cas**

☐ **Aide ménagère** :

Sortie d'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

<u>A faire remplir et signer par le prestataire de services qui va intervenir à domicile</u> :

Date de début d'intervention souhaitée : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| <u>Tampon du prestataire de services</u> :

Nom du prestataire : .....

N° de téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

FRAIS ENGAGES ET ELEMENTS JUSTIFIANT VOTRE DEMANDE D'AIDE

Nature de la dépense : ..... Montant : ..... Date de la dépense : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Eléments justifiant votre demande d'aide : .....

Les frais sont-ils relatifs à un accident provoqué par un tiers ? ☐ Non ☐ Oui Date de l'accident : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Les soins sont-ils consécutifs à un bilan CES ? ☐ Oui ☐ Non

COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

ORGANISME COMPLEMENTAIRE **(Mutuelle, Assurance)**

Etes-vous adhérent ?

☐ **Oui**

Nom et adresse de l'Organisme :

.....

.....

N° de téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Montant de sa participation :.....

☐ **Non**

CMU COMPLEMENTAIRE

En bénéficiez-vous ?

☐ **Oui**

Depuis quelle date ? |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ **Non**

Avez-vous déposé une demande ? ☐ Oui ☐ Non

Date de dépôt : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES par rapport au demandeur de l'aide

Etes-vous : ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Logé à titre gratuit ⇨ précisez à quel titre : .....

Si vous êtes en arrêt de travail, le salaire est-il maintenu durant cet arrêt ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez les nom et adresse de l'organisme de prévoyance (si différent de l'employeur) :

.....

.....

Avez-vous bénéficié d'une autre aide pour cette demande ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel organisme ? ..... Montant accordé : ..... ***(Justificatif à joindre à votre demande)***

PERSONNES VIVANT AU FOYER

Nombre de personnes vivant au foyer : .....

	Nom	Prénom	Date de naissance	Situation professionnelle
Assuré(e)				
Conjoint(e) / concubin(e)				
Enfant(s)				

	Indiquer le lien de parenté avec l'assuré(e)	Nom	Prénom	Date de naissance	Situation professionnelle
Autres personnes					

RESSOURCES MENSUELLES – Indiquer les ressources du mois précédent la demande de toutes les personnes vivant au foyer *(ressources imposables et non imposables)*

RESSOURCES MENSUELLES	Vous	Conjoint(e) / Concubin(e)	Enfant(s)	Autres personnes du foyer	JUSTIFICATIFS A JOINDRE pour le mois précédent la demande
Salaire(s) / Allocation chômage					Bulletin de salaire / Attestation de paiement ou notification de refus du Pôle Emploi
Complément Employeur ou Prévoyance					Attestation précisant le montant net journalier perçu durant l'arrêt
Formation ou stage rémunéré					Attestation précisant la rémunération perçue durant le stage ou la formation
Indemnités journalières / Rente Accident du travail / Pension d'invalidité					**Aucun justificatif à fournir**
Allocation compensatrice / Majoration tierce personne *(à n'indiquer que si la prestation est versée à un membre du foyer)*					
Pensions vieillesse / Retraites complémentaires					Relevés mensuels, trimestriels ou annuels selon le cas
RSA (socle et activité) / Ensemble des prestations familiales perçues / Allocation logement					Attestation ou notification d'attribution de toutes les allocations versées le mois précédent la demande par un autre organisme que la CAF
Allocation Adulte Handicapé / Allocation enfant handicapé					
Valeurs immobilières / Revenus fonciers					Dernier justificatif concernant le montant perçu pour ces revenus
Pensions alimentaires reçues					
Autres revenus : *à préciser*					
TOTAL RESSOURCES					

CHARGES MENSUELLES : à ne remplir que pour les demandes de rééquilibre de budget

CHARGES COURANTES	MONTANT *(évaluation par mois)*
Loyer (allocation logement non déduite) / Frais d'accession à la propriété	
Electricité / Gaz / Chauffage / Eau	
Téléphone	
Pension alimentaire versée	
Taxe d'habitation / Taxe foncière / Impôts sur le revenu	
Assurances / Complémentaire santé	
Crédits à la consommation	
Autres charges : *à préciser*	
TOTAL CHARGES	

SIGNATURE

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des présents renseignements.

À ..... , le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Signature :

Important : La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 377-1 du code de la Sécurité Sociale et 441-1 du code pénal).

PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

⇨ Justificatifs de ressources de toutes les personnes vivant au foyer :

- Dernier avis d'imposition ou de non imposition dans son intégralité
- Justificatifs de ressources **du mois précédent la demande** *(citées dans le tableau page 3)*

⇨ Justificatif d'affiliation : pour les assurés des Sections Locales Mutualistes

(MGEN, MGP, MNT, MGPTT, MFP SERVICES, Mutuelles étudiantes…)

- Attestation de droits de l'organisme d'affiliation de l'assuré(e) *(et du bénéficiaire de l'aide, si différent de l'assuré(e))*

⇨ Justificatifs de la dépense :

REEQUILIBRE DE BUDGET	En cas de factures impayées, fournir les justificatifs (loyer, électricité, gaz, eau…)
FRAIS D'OBSEQUES	- Dépense déjà engagée : facture acquittée - Dépense non engagée : devis - Certificat de décès - Relevé d'identité bancaire du destinataire du règlement - Attestation de l'organisme complémentaire ou de prévoyance de la personne décédée précisant le montant de sa participation ou sa non prise en charge - Attestation de droits de l'organisme d'affiliation de la personne décédée
AIDE MENAGERE	- Certificat médical précisant le nombre d'heures par semaine et la durée d'intervention
DENTAIRE **OPTIQUE** **FRAIS DE TRANSPORTS** **TICKET MODERATEUR** **FRAIS D'HOSPITALISATION** **FRAIS MEDICAUX** **PRESTATIONS LIEES A UN HANDICAP** **AUDITIF**	- Dépense déjà engagée : facture acquittée - Dépense non engagée : devis détaillé - Décompte de remboursement de Sécurité Sociale *(pour les assurés non affiliés à la CPAM)* ou décompte de remboursement de l'organisme complémentaire - Avis des sommes à payer pour les soins réalisés dans des établissements publics - Attestation de votre organisme complémentaire précisant le montant de sa participation *(en fonction de votre taux de prise en charge)* ou sa non prise en charge - Prescription médicale *(uniquement pour les demandes d'optique, de frais de transports, de frais médicaux, de prestations liées à un handicap, d'auditif)*

INFORMATIONS

La Caisse primaire d'assurance maladie dispose d'un budget spécial permettant d'intervenir pour des assurés sociaux rencontrant des difficultés financières :

- En rapport avec l'état de santé
- L'attribution d'une aide par la Commission s'effectue **sous conditions de ressources**
- **Si vous deviez renoncer à l'aide accordée, il est important d'en aviser la Caisse primaire** pour permettre le financement d'autres demandes.

Seul un dossier complet pourra être présenté à la Commission : il est donc indispensable que la présente déclaration soit entièrement remplie et que toutes les pièces justificatives soient jointes au dossier.

A adresser à la CPAM de la Gironde – 33085 Bordeaux Cedex