

DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE FINANCIÈRE

AFIN D'EXAMINER VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ COMPLÉTER LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE

N° Sécurité Sociale :

Nom : Prénom :

Nom marital :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail : ☎ (fixe)

☎ (portable)

Votre organisme de Sécurité Sociale :

Êtes-vous un Travailleur Indépendant : Oui Non

N° allocataire CAF : (Obligatoire si vous percevez des prestations CAF)

OBJET ET NATURE DE LA DEMANDE...

- Aide-ménagère Appareillage Auditif
- Fourniture médicale Optique Dentaire (prothèse), orthodontie
- Perte de salaire Ticket Modérateur Transport
- Décès Autre (à préciser)

Remarques particulières :

Ma demande est liée à :

- Une maladie Une maternité Une invalidité
- Une maladie professionnelle Un accident causé par un tiers Autre.....

Les Travaux, les soins ou l'achat ont-ils été effectués ? Oui Non

Montant sollicité : €

L'AIDE FINANCIÈRE EST DEMANDÉE POUR...

- Assuré Conjoint Enfant Autres.....

Nom : Prénom :

Nom marital : Date de naissance :

A-t-il une reconnaissance de travailleur handicapé ? Oui Non

SITUATION FAMILIALE...

- Célibataire Marié(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

COMPOSITION DU FOYER : L'ASSURÉ(E) ET LES PERSONNES VIVANT AU FOYER

| NOM & Prénom | Date de naissance | N° Sécurité Sociale | Lien de parenté | Situation <small>(scolaire, étudiant, apprenti, salarié, chômage...)</small> |
|--------------|-------------------|---------------------|-----------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

| | MONTANT <u>MENSUEL</u> |
|--|------------------------|
| <p>Êtes-vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Colocataire</p> <p style="padding-left: 150px;">Montant du loyer €</p> <p style="padding-left: 150px;">Montant de l'APL €</p> <p style="padding-left: 150px;">Reste à charge €</p> <p><input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> En accession à la propriété</p> <p>1 - Avez-vous un prêt en cours ?</p> <p style="padding-left: 60px;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p style="padding-left: 60px;">Si oui, montant de la mensualité €</p> <p>2 – Les mensualités du crédit d'accèsion à la propriété sont-elles actuellement prises en charge par une assurance ?</p> <p style="padding-left: 60px;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Hébergé (Préciser les conditions, à titre gracieux ou autre, et joindre les justificatifs de ressources et charges de toutes les personnes présentes au domicile ainsi que leur dernier avis d'imposition)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |
| Crédits en cours (joindre les justificatifs) | € |
| Pension alimentaire versée | € |
| Montant <u>mensuel</u> des charges : | |
| ▪ EDF/GDF | € |
| ▪ Eau..... | € |
| ▪ Impôts sur le revenu, impôts foncier et taxe d'habitation | € |
| ▪ Complémentaire santé..... | € |
| ▪ Assurances | € |
| ▪ Autres charges (à détailler)..... | € |
| <p>Êtes-vous en situation de surendettement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Joindre les justificatifs)</p> | |

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE...

La personne concernée par l'aide est-elle couverte :

- . Par un Organisme Complémentaire ? Non Oui
- . Par une Complémentaire Santé Solidaire ? Non Oui

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre conseiller :

.....

Joindre OBLIGATOIREMENT la notification de participation ou de non-participation de votre organisme complémentaire ainsi que la simulation de remboursement.

AUTRES FINANCEURS...

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

Si oui, lesquels ?

.....

.....

Joindre OBLIGATOIREMENT la notification de décision de ces organismes.

RESSOURCES MENSUELLES DES MEMBRES DU FOYER

(Moyenne des 3 derniers mois qui précèdent la demande de secours)

| NOM & PRÉNOM | | | | | JUSTIFICATIFS À JOINDRE |
|--|--|--|--|--|--|
| REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ | | | | | |
| Salaires nets | | | | | <i>Bulletin de salaire</i> |
| Indemnités Chômage | | | | | <i>Avis de paiement ou notification de refus de Pôle emploi</i> |
| Indemnités Journalières Sécurité Sociale | | | | | <i>Décompte ou attestation de paiement</i> |
| Complément employeur ou régime de prévoyance | | | | | <i>Notification de paiement ou attestation de refus de prise en charge</i> |
| Revenus d'activité non salariée | | | | | <i>Copie du dernier avis d'imposition sur les revenus</i> |
| PENSIONS ET RENTES | | | | | |
| Pension invalidité | | | | | <i>Décompte ou attestation de paiement</i> |
| Complément d'Invalidité : ASI ou complément prévoyance | | | | | |
| Majoration pour tierce personne | | | | | |
| Retraite CARSAT et autres régimes (MSA, RSI....) | | | | | <i>Notification de pension CARSAT (ou autre organisme)</i> |
| Retraites complémentaires | | | | | |
| Pension civile et militaire | | | | | <i>Attestation de versement</i> |
| Rente accident du travail ou rentes survivants | | | | | <i>Décompte de paiement</i> |
| Allocation compensatrice | | | | | <i>Attestation de versement</i> |
| PRESTATIONS SERVIES PAR LA C.A.F. | | | | | |
| Revenu de Solidarité Active (RSA) | | | | | <i>Attestation de versement de la CAF du mois qui précède la demande</i> |
| Allocation Adulte Handicapé (AAH) | | | | | |
| Allocations Familiales | | | | | |
| Complément Familial | | | | | |
| Allocation logement ou APL | | | | | |
| Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) | | | | | |
| Allocation de Soutien Familial | | | | | |
| Autre : | | | | | |
| REVENUS DIVERS | | | | | |
| Revenus mobiliers | | | | | <i>Justificatifs en votre possession</i> |
| Revenus fonciers | | | | | <i>Justificatifs en votre possession</i> |
| Bourses d'études supérieures (étudiant) | | | | | <i>Notification d'attribution (ou de refus)</i> |
| Pensions alimentaires perçues | | | | | <i>Copie du jugement de divorce</i> |
| Autres ressources (à préciser) | | | | | <i>Justificatifs en votre possession</i> |
| Total..... | | | | | |

JUSTIFICATIFS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

| NATURE DE VOTRE DEMANDE | JUSTIFICATIFS À JOINDRE |
|--|--|
| ↓ AIDE MÉNAGÈRE (ménage, portages de repas) | Prescription médicale |
| ↓ APPAREILLAGE, MATÉRIEL MÉDICAL | Prescription médicale + facture/devis |
| ↓ DENTAIRE, ORTHODONTIE | Prescription médicale + 2 devis différents dont le 100 % santé |
| ↓ APPAREIL AUDITIF | Prescription médicale + 2 devis différents dont le 100 % santé |
| ↓ OPTIQUE | Prescription médicale + 2 devis différents dont le 100 % santé |
| ↓ FOURNITURES MÉDICALES NON REMBOURSÉES | Refus de remboursement de votre caisse d'affiliation + Facture/devis + prescription médicale <u>détaillée</u> |
| ↓ FORFAIT JOURNALIER | Facture détaillée du Centre Hospitalier |
| ↓ TICKET MODÉRATEUR | Facture détaillée ou relevé de remboursement + attestation de votre complémentaire santé précisant le refus de prise en charge. |
| ↓ PERTE DE SALAIRE LIÉE À LA MALADIE (ACCIDENT DE TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE, INVALIDITÉ OU MATERNITÉ) | Bulletin de salaire avant l'arrêt de travail, décompte indemnités journalières |
| ↓ PSYCHOMOTRICITÉ – PSYCHOTHÉRAPIE | Prescription médicale <u>détaillée</u> , devis, attestation d'un établissement <u>public</u> notifiant un refus ou le délai d'attente, attestations de la MDPH, de la CAF et/ou du Conseil Départemental |

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES À L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER :

- Dernier avis d'imposition concernant chaque contribuable identifié au domicile du demandeur.
- Copie des justificatifs des ressources des membres du foyer (3 mois qui précèdent la demande).
- Attestation de paiement des prestations familiales délivrées par la C.A.F.
- Justificatif de paiement de loyer.
- Copie des devis ou des factures acquittées.
- Décomptes de Sécurité Sociale et de mutuelle (ou notifications de refus).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et autorise les membres de la commission à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiant ma demande.

Fait à, Le

Signature,

Dans la mesure où le dossier ne peut être exploité pour justificatifs absents, celui-ci vous sera retourné pour complément d'information.

Votre dossier de demande d'attribution d'une aide financière, accompagné des pièces justificatives nécessaires, est à envoyer à l'adresse suivante :

**CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE L'ARTOIS
Service Action Sanitaire et Sociale
11 Bd Allende
CS 90014
62014 ARRAS CEDEX**

QUELLE QUE SOIT LA DÉCISION PRISE PAR LA COMMISSION DÉLÉGUÉE DU CONSEIL DE LA CAISSE, VOUS SEREZ INFORMÉ(E) PAR COURRIER.

**Sont punis d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations
(Article L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 1047 du Code Rural, 150 du Code Pénal).**

Les dispositions des articles 34, 35 et 36 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent.