

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 (<i>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</i>)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Crédits en cours (<i>joindre les justificatifs</i>)	€
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 (<i>Joindre les justificatifs</i>)</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					Bulletin de salaire
Indemnités Chômage					Avis de paiement ou notification de refus de Pôle emploi
Indemnités Journalières Sécurité Sociale					Décompte ou attestation de paiement
Complément employeur ou régime de prévoyance					Notification de paiement ou attestation de refus de prise en charge
Revenus d'activité non salariée					Copie du dernier avis d'imposition sur les revenus
PENSIONS ET RENTES					
Pension invalidité					Décompte ou attestation de paiement
Complément d'Invalidité : ASI ou complément prévoyance					
Majoration pour tierce personne					
Retraite CARSAT et autres régimes (MSA, RSI....)					Notification de pension CARSAT (ou autre organisme)
Retraites complémentaires					
Pension civile et militaire					Attestation de versement
Rente accident du travail ou rentes survivants					Décompte de paiement
Allocation compensatrice					Attestation de versement
PRESTATIONS SERVIES PAR LA C.A.F.					
Revenu de Solidarité Active (RSA)					Attestation de versement de la CAF du mois qui précède la demande
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					Justificatifs en votre possession
Revenus fonciers					Justificatifs en votre possession
Bourses d'études supérieures (étudiant)					Notification d'attribution (ou de refus)
Pensions alimentaires perçues					Copie du jugement de divorce
Autres ressources (à préciser)					Justificatifs en votre possession
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.