

**DOSSIER DE DEMANDE D’AIDE FINANCIÈRE**

#  IDENTIFICATION DE L’ASSURE(É)

**Numéro de sécurité sociale :**      [ ]  CPAM [ ]  SLM [ ]  CAMIEG

**Nom de l’assuré(e)**: Cliquez ici pour taper du texte. **Prénom**: Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de naissance**: Cliquez ici pour taper du texte.

**Adresse**: Cliquez ici pour taper du texte.

**Téléphone**:

**Situation familiale :**

[ ]  Célibataire [ ]  Concubinage [ ]  Marié(e)/Pacsé(e) [ ]  Séparé(e) [ ]  Divorcé(e) [ ]  Veuf(ve)

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

**Nom du demandeur**: Cliquez ici pour taper du texte. **Prénom**: Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de naissance**: Cliquez ici pour taper du texte.

#  COMPOSITION DU FOYER

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Lien de parenté** | **Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage)** | **Dernier emploi exercé** | **Numéro de sécurité social** | **N° d’allocataire CAF** |
| Assuré(e) |       |       |       |       | Scolarisé |       |       |       |
| Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e) |       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
| Enfants |       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
|       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
|       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
|       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
|       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
| Autres personnes vivant au foyer |       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
|       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
|       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
|       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |
|       |       |       |       | Choisissez un élément. |       |       |       |

#  MOTIF DE LA DEMANDE

|  |
| --- |
| *Votre demande concerne :ATTENTION : s’il s’agit d’une demande de renouvellementd’ergothérapie, de psychologie ou de psychomotricité cocher la case* 🞏 *renouvellement (possible une fois)* |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| *Expliquer vos difficultés :* |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| *Préciser comment vous avez eu connaissance des aides financières proposées par notre CPAM :* |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

MONTANT DE L’AIDE DEMANDÉ : Cliquez ici pour taper du texte.€

Avez-vous une complémentaire santé ? [ ]  Oui

⮱ Nom de l’organisme complémentaire : Cliquez ici pour taper du texte. Téléphone :

 [ ]  Non

Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ? [ ]  Oui Lesquels ? Cliquez ici pour taper du texte.

 [ ]  Non

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande d'aide sont exacts.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date :  | Cliquez ici pour entrer une date. |  | Signature de l’assuré (e) OBLIGATOIRE |  |

Textes de loi

Articles L114.13 du Code de la Sécurité Sociale : est passible d'une amende de 5 000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées, par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

Article 150 du Code Pénal : tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant en vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie.

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](http://www.ameli.fr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Postes** | **Ressources mensuelles** | **Montants** |
| Revenus liés à une activité | Salaire net mensuel avant impôt (moyenne des trois derniers mois) ou revenus d’apprentissage et de formation |       |
| Allocation chômage (moyenne des trois derniers mois) |       |
| Indemnités journalières |       |
| Complément d'indemnités journalières |       |
| Revenu d’activité non-salariée |       |
| Prime d’activité |       |
| Pensions et rentes | Pension d’invalidité |       |
| Majoration tierce personne |       |
| Pension retraite (dont ASPA) |       |
| Pension de réversion |       |
| Retraite complémentaire |       |
| Pensions civiles et militaires |       |
| Rentes accident du travail ou survivant |       |
| Allocation veuvage |       |
| Prestations diverses | RSA |       |
| Allocations familiales |       |
| Allocation parent isolé |       |
| Prestations spécifiques personnes âgées ou handicapées (AEEH, APA, AAH, ASI…) |       |
| APL / AL |       |
| PAJE |       |
| Autres prestations compensatoires |       |
| Autres ressources | Revenus mobiliers ou immobiliers |       |
| Pension alimentaire |       |
| Bourse d’étude |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Postes** | **Charges mensuelles** | **Montants** |
| Logement | Loyers |       |
| Accessions à la propriété |       |
| Charges de co-propriété |       |
| Taxe d’habitation |       |
| Taxe foncière |       |
| Assurance habitation |       |
| Energie (électricité, chauffage) |       |
| Eau |       |
| Téléphone |       |
| Abonnement internet |       |
| Famille | Impôts sur le revenu |       |
| Pension alimentaire versée |       |
| Frais de garde |       |
| Montant mensuel de l’apurement de dettes suite à une décision de la commission de surendettement |       |
| Transport | Prêt voiture |       |
| Assurance voiture |       |
| Autres frais de transports (dont transports en commun) |       |
| Autres charges | Autres prêts + avec précision de la durée restante de crédit : **Cliquez ici pour taper du texte.**  |       |
| Dettes |       |
| Carburant |       |
| Complémentaire santé |       |
| Frais de scolarité, d’études et de cantine scolaire |       |
| Frais de dépendance |       |

Si votre situation a changé dans l’année, merci de l’expliquer : **Cliquez ici pour taper du texte.**

 *AUTORISATION DE PAIEMENT SUR LE COMPTE D’UN TIERS*

*AUTRES FINANCEURS*

*AUTORISATION DE PAIEMENT*

Selon l’article 71 du Réglement intérieur des Caisse Primaires, j’autorise la Caisse d’Assurance Maladie du Val-d’Oise à verser l’aide qui m’est accordée au tiers

[ ] Établissement hospitalier [ ] Professionnel de santé [ ] Fournisseur [ ] Association [ ] Bailleur

Nom du tiers : Cliquez ici pour taper du texte.

À cet effet, je vous joins le **Relevé d’identité bancaire ou postal du tiers**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date :  | Cliquez ici pour entrer une date. |  | Signature de l’assuré (e) OBLIGATOIRE |  |

**Pièces à joindre à votre demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources du foyer** | **Charges du foyer** |
| Avis d’imposition | Aucun justificatif si vous avez bien détaillé le montant de vos charges en page 3. |

 *JUSTIFICATIF A FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE DEMANDE*

**Hospitalisation (hors forfait journalier)**

* Facture ou avis de sommes à payer.

**Hébergement cure thermale**

* Devis de la location.

**Optique**

* Devis le moins coûteux
* Prise en charge de votre organisme complémentaire ou le motif de son refus.

**Médicaments ou articles partiellement ou non remboursés**

* Devis le moins coûteux
* Prise en charge de votre organisme complémentaire ou le motif de son refus.

**Prothèses auditives pour les plus de 60 ans
(contacter la MDPH si vous avez moins de 60 ans)**

* Devis le moins coûteux
* Prise en charge de votre organisme complémentaire ou le motif de son refus.

**Orthodontie**

* Devis le moins coûteux
* Prise en charge de votre organisme complémentaire ou le motif de son refus
* Certificat medical justifiant le traitement pour les plus de 16 ans.

**Soins ou prothèses dentaires (implantologie sur certificat medical dans la limite de 2 implants)**

* Devis le moins coûteux
* Prise en charge de votre organisme complémentaire ou le motif de son refus
* Radio panoramique pour les devis d’un montant supérieur à 6 000 €.

**Prothèse capillaire**

* Devis le moins coûteux
* Prise en charge de votre organisme complémentaire ou le motif de son refus.

**Secteur paramedical : diététicien, ostéopathe (médecin et masseur-kinésithérapeute osteopathes).**

* Devis ou facture
* Prise en charge de votre organisme complémentaire ou le motif de son refus.

**Transport**

* Pour l’accès aux soins sous conditions.

**Attente de pension invalidité ou retraite, attente d’une expertise médicale**

**Dette de loyer faisant suite à la maladie**

**Intervention d’une aide- ménagère**

**Perte de revenus faisant suite à la maladie**

**Bilan et ou séances d’ergothérapie, de psychomotricité, de psychologie**

* Pour ces demandes, merci de contacter le 3646 afin de convenir d’un rendez-vous auprès du Service Social.
* Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en page 4) est à adresser à :

**Assurance Maladie du Val d’Oise**

Service Solidarité
Secteur des aides financières

****

95017 Cergy-Pontoise Cedex