

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

Numéro de sécurité sociale :

CPAM MGEN SLM CAMIEG

Nom de l'assuré(e) :

Prénom :

Date de naissance

Adresse :

Téléphone :

Situation familiale :

N° Allocataire CAF :

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 :

Prénom :

Date de naissance :

COMPOSITION DU FOYER

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage)	N° de Sécurité Sociale
Assuré(e)						
Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e)						
Enfant(s)						
Autres personnes vivant au foyer						

Votre demande concerne :

Expliquer vos difficultés :

MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉ : €

Avez-vous une complémentaire santé ? Oui

↳ Nom de l'organisme complémentaire : Téléphone :

Non

Êtes-vous déjà accompagné(e) par un(e) Assistant(e) social(e) ou un(e) travailleur social ? Oui Non

- Si oui, son nom, son service et son adresse mail :

.....

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

Oui Lesquels : Non

Si oui, une aide vous a-t-elle été accordée ?

Oui (joindre la notification de décision mentionnant le montant de l'aide) Non

Je certifie exacts tous les renseignements fournis à l'appui de ma demande et j'accepte que l'intégralité des informations figurant dans le présent dossier soit communiquée aux organismes sollicités dans le cadre de l'étude de ma demande d'aide.

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.

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, et 313-2 et 441-6 du Code Pénal).

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.

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 MENSUELLES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Toutes les ressources et charges doivent être obligatoirement justifiées et accompagnées :

- de la photocopie intégrale du dernier avis d'imposition de chacun des membres du foyer
- de l'imprimé joint dûment complété par vous-même

NATURE DES RESSOURCES	ASSURE	CONJOINT	ENFANTS ET/OU AUTRES	DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT
REVENUS LIES A UNE ACTIVITE				
Salaire net mensuel ou revenus d'apprentissage et de formation				<input type="checkbox"/> 4 Derniers bulletins de Salaire
Indemnités de chômage				<input type="checkbox"/> Justificatif France travail
Indemnités journalières				
Complément employeur ou Régime de Prévoyance				<input type="checkbox"/> Justificatif prévoyance ou Attestation employeur
Revenu d'activité non-salariée				<input type="checkbox"/> Justificatifs
PENSIONS ET RENTES				
Pension d'invalidité				<input type="checkbox"/> Décompte ou attestation de paiement
Complément d'invalidité : FSI ou Complément Prévoyance				
Majoration tierce personne				<input type="checkbox"/> Notification de Pension ou dernier relevé bancaire
Pension retraite (dont ASPA)				
Pension de réversion				
Retraite complémentaire				
Pensions civiles et militaires				
Rentes accident du travail ou survivant				
Allocation Compensatrice				
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF				
Revenu de Solidarité Active (RSA)				<input type="checkbox"/> Attestation de versement de la CAF
Allocations familiales				
Allocation parent isolé				
Prestations spécifiques personnes âgées ou handicapées (AEEH, APA, AAH, ASI...)				
APL / AL				
PAJE				
REVENUS DIVERS				
Autres prestations compensatoires (Demandeur Asile,...)				<input type="checkbox"/> Justificatifs
Revenus mobiliers ou immobiliers				<input type="checkbox"/> Justificatifs
Pensions alimentaire perçues				<input type="checkbox"/> Jugement
Bourses collège, lycée ou études supérieurs				<input type="checkbox"/> Notification d'accord

CHARGES MENSUELLES	MONTANTS	DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT
Loyer		<input type="checkbox"/> Dernière quittance
Hébergé (participation)		<input type="checkbox"/> Attestation d'hébergement
Accession à la propriété		<input type="checkbox"/> Tableau d'amortissement du prêt
Charges de copropriété		<input type="checkbox"/> Dernier appel de charges
Taxe foncière		<input type="checkbox"/> Dernière taxe foncière
Assurance habitation		<input type="checkbox"/> Dernière facture ou échéancier
Energie (électricité, chauffage)		
Eau		
Impôts sur le revenu		<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition
Frais de garde		<input type="checkbox"/> Dernière facture
Montant mensuel de l'apurement de dettes suite à une décision de la commission de surendettement		<input type="checkbox"/> Décision de la commission et plan de remboursement
Prêt voiture		<input type="checkbox"/> Tableau d'amortissement du prêt
Assurance voiture		<input type="checkbox"/> Facture ou décompte assureur
Dettes autres		<input type="checkbox"/> Justificatif de la dette
Complémentaire santé		<input type="checkbox"/> Justificatif du montant acquitté
Pensions alimentaires versées		<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition ou jugement

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

AUTORISATION DE PAIEMENT SUR LE COMPTE D'UN TIERS

Selon l'article 71 du Règlement intérieur des Caisse Primaires, j'autorise la Caisse d'Assurance Maladie des Yvelines à verser l'aide qui m'est accordée au tiers

Établissement hospitalier Professionnel de santé Fournisseur Association Bailleur

Nom du tiers :

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

Date :

Signature de l'assuré (e)
OBLIGATOIRE

Tout dossier incomplet ne pourra pas être examiné

JUSTIFICATIFS SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE DEMANDE

ORTHODONTIE

- Devis le moins coûteux
- Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou de non-participation
- Pour les plus de 16 ans : un diagnostic, un plan de traitement, une téléradiographie de profil, une radio panoramique, des photos des moulages de départ vous seront demandés par mail au moment de l'étude de votre dossier

DENTAIRE

- Devis le moins onéreux
- Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou de non-participation
- Radio panoramique pour les soins non remboursables vous sera demandée à l'étude de votre dossier.

HOSPITALISATION (de moins de 2 ans)

- Facture Recto Verso
- Ou avis de sommes à payer

SOINS DE PSYCHOMOTRICITE, PSYCHOLOGIE, HYPNOTHERAPIE, ERGOTHERAPIE, OSTEOPATHIE, ACUPUNCTURE, CHIROPRACTIE

- Attestation du CMPP précisant que l'enfant est inscrit sur liste d'attente (psychomotricité)
- Prescription médicale et bilan du médecin spécialiste
- Devis et/ou facture (d'un psychologue clinicien si soins concernés)
- Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou non-participation

ACTES OU SOINS MEDICAUX

- Prescription Médicale
- Devis ou facture du professionnel
- Attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation ou de non-participation.

AIDE AU LOYER / PERTE DE REVENU (si arrêt de travail)

- Attestation du versement ou non d'un complément de salaire émanant de l'employeur
- Dernière quittance de loyer
- Attestation précisant le montant de la dette (EDF, GDF, Assurances, etc...)
- **Evaluation sociale établie par une assistante sociale de votre secteur**

FRAIS D'OBSEQUES

- Devis et/ou facture
- Attestation aide CAF pour obsèques enfant
- Annexe jointe au formulaire à compléter
- **Evaluation sociale établie par une assistante sociale de votre secteur**

► Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en pages 3 et 4) est à adresser à :

CPAM des Yvelines
Service Mission Accompagnement Santé
78085 YVELINES

ANNEXE

AIDES FINANCIERES LIEES A DES FRAIS D'OBSEQUES

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 : _____ € (joindre la notification de décision)

• 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