

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE

● OBJET DE LA DEMANDE

Vous sollicitez une aide financière :

Pour quels motifs ? _____

Nom - Prénom de l'assuré(e) _____

Nom de jeune fille : _____

N° d'immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° Allocataire CAF : _____

Adresse : _____

N° téléphone : _____

e-mail : _____

Personne à contacter si besoin : _____

Situation familiale :

célibataire

marié(e)

séparé(e)

divorcée

veuf(ve)

vie maritale

Pacs

Renseignement sur le logement :

propriétaire

locataire

occupant à titre gratuit

autre (à préciser) :

Numéro d'immatriculation de votre conjoint (ou concubin)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMPOSITION DE LA FAMILLE		ensemble des personnes vivant sous votre toit (y compris vous-même, votre conjoint ou concubin, les personnes à charge et non à charge)		
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Indiquez la situation de chaque personne (salarié, chômeur, étudiant, sans activité, invalide 1ère ou 2e catégorie, ...)

VOUS SOLLICITEZ UNE AIDE FINANCIÈRE :

Pour quel membre de votre famille : vous-même conjoint ou concubin enfant (date de naissance) _____ autre (date de naissance) _____

Avez-vous sollicité ou obtenu l'aide d'un service social oui non Montant _____ €
d'un autre organisme ? oui non Montant _____ €

Si oui, indiquez les nom, adresse et n° de téléphone des organismes qui sont intervenus :

● PROTECTION COMPLÉMENTAIRE

(MUTUELLE OU COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OU INSTITUTION DE PREVOYANCE OU COMPAGNIE D'ASSURANCE)

Etes-vous adhérent à un organisme complémentaire oui non

Si oui, lequel ? _____

Numéro d'adhérent _____

Si votre demande porte sur des soins, une hospitalisation, des frais d'appareillage, d'optique, de prothèses auditives ou dentaires... :

Fournir OBLIGATOIREMENT la ou les attestations ou le ou les décomptes de cet ou ces organismes précisant le montant de la participation (ticket modérateur et forfait éventuel)

**LE PRÉSENT DOCUMENT EST UNE ATTESTATION SUR L'HONNEUR.
IL ENGAGE LE DEMANDEUR ET DOIT ÊTRE DATÉ ET SIGNÉ**

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

La loi rend passible d'amende quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L 114-13 du Code de la Sécurité sociale).

Fait à _____ le _____

Signature de l'assuré(e) ou du représentant légal - qualité du signataire

Comment avez vous eu connaissance des aides financières exceptionnelles accordées par la CPAM ?

Ameli Professionnels de santé Bouche à oreille Autre (à préciser)

Pièces à joindre dans tous les cas :

➤ Dernier avis d'imposition complet.
Si votre situation a évolué depuis le dernier avis d'imposition, veuillez apporter les justificatifs (divorce, mariage, Pacs, veuvage, etc...).

En cas de dépenses de soins (traitement médical, appareillage, hospitalisation, optique, prothèse dentaire ...), joindre également :

- Facture ou devis détaillé relatif à la dépense.
- Prescription médicale / ordonnance établie par le médecin.
- Attestation de prise en charge ou de non prise en charge de votre organisme de protection complémentaire.
- Pour les assurés affiliés dans les sections locales mutualistes (MGEN, MNH, etc...) décompte de remboursement et RIB.

RÉSERVÉ AU SERVICE INSTRUCTEUR

EXPOSE DE LA SITUATION :

NE PAS REMPLIR

Dossier complet le :

Le :

Signature de l'instructeur