

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE 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