

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

*Les demandes doivent être faites impérativement avant les soins
 sur présentation d'un ou plusieurs devis.*

MOTIF DE LA DEMANDE (TYPE DE PRESTATIONS)

i PENSEZ-Y !

Pour faciliter vos échanges avec la Caisse d'Assurance Maladie, ouvrez votre compte ameli ! Pour cela, 2 solutions : créez-le directement en ligne www.ameli.fr, ou complétez l'autorisation d'ouverture de compte située page 4 de ce document.

SITUATION DE FAMILLE DU DEMANDEUR

- Célibataire
 Marié(e)
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Vie maritale/PACS
 Veuf(ve)

	Demandeur	Conjoint, concubin, partenaire pacs
N° d'immatriculation + Caisse d'affiliation		
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone		
Adresse mail		
N° d'allocataire CAF		

ENFANT À CHARGE

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation (scolaire, étudiant, apprenti...)

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle

> Votre situation à la date de la demande :

- Salarié(e) Retraité(e) Accident du travail Invalidité Arrêt de travail
 Demandeur(se) d'emploi Autre cas (RSA, AAH...) à préciser :

> Situation de votre conjoint(e) ou concubin(e) à la date de la demande :

- Salarié(e) Retraité(e) Accident du travail Invalidité Arrêt de travail
 Demandeur(se) d'emploi Autre cas (RSA, AAH...) à préciser :

TOTAL DES RESSOURCES DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

Nature des ressources	Montant pour le demandeur	Montant pour le conjoint	Montant pour les autres personnes vivant au foyer
Salaires, traitements, gratifications et primes			
Indemnités journalières			
Complément de salaire (<i>versé par l'employeur ou par une caisse de prévoyance</i>) ou d'invalidité			
Pensions (<i>civile, militaire, vieillesse, invalidité...</i>)			
Rentes accident de travail			
Retraites complémentaires (<i>+ Pension de reversion</i>)			
Allocations versées par la CAF :			
- Allocation de logement			
- Allocation aux adultes handicapés			
- Allocations familiales			
- Allocation de parent isolé			
- Allocation de soutien familial			
- Frais de garde			
- PAJE			
- RSA			
- Allocation d'éducation spéciale			
Bourse de l'enseignement supérieur			
Allocation aide sociale			
Allocation veuvage			
Allocation chômage (<i>Pôle Emploi</i>)			
Allocation supplémentaire Invalidité (<i>ASI, ex FNS</i>)			
Pension alimentaire perçue			
Autres ressources			
(<i>immobilières, mobilières, commerciales, artisanales...</i>)			
TOTAL des ressources			

CHARGES

- Locataire (montant du loyer avant déduction APL ou Allocation logement)
 Accédant à la propriété (montant des mensualités avant déduction APL)
 Propriétaire Hébergé(e) chez des tiers ou famille Hébergement d'urgence

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Les soins sont-ils commencés ? oui non

Les remboursements effectués par la Caisse sont-ils complétés par une mutuelle ou par une société d'assurances ? oui non

Si oui, joindre l'attestation précisant le montant de la prise en charge.

Bénéficiez-vous d'une aide d'un autre organisme ? oui non

Si oui, lequel ?

Montant de cette aide : €

En cas d'arrêt de travail indemnisé par la Caisse, le salaire est-il maintenu par l'employeur ou par une Caisse de Prévoyance ? oui en totalité oui en partie non

S'il est maintenu en totalité, indiquez la durée :

S'il est maintenu en partie, indiquez le montant € et la durée

En cas d'accession à la propriété, les prêts sont-ils pris en charge par une assurance ? oui non

Votre demande est-elle en rapport avec un accident ? oui non

Date de l'accident :

Un tiers est-il en cause ? oui non

Votre compagnie d'assurance vous a-t-elle indemnisée ? oui non

En cas de chômage, date de début du chômage :

Emploi occupé avant le chômage : Durée :

Quelles précisions complémentaires (sur votre situation de famille ou sur vos ressources) souhaitez-vous apporter aux membres de la Commission qui prendront la décision ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

►►► Pour mes démarches simples,
j'utilise les services en ligne de l'Assurance Maladie :



- ▶ Je consulte mes remboursements en temps réel
- ▶ Je télécharge mon attestation de droits ou d'indemnités journalières
- ▶ Je commande ma Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)
- ▶ Je déclare ma nouvelle adresse
- ▶ Je déclare la perte ou le vol de ma carte Vitale
- ▶ Je suis mon dossier Accident du Travail
- ▶ Je déclare la naissance de mon enfant
- ▶ Je mets à jour ma carte Vitale sur les bornes multiservices

►►► Je demande l'ouverture de mon compte **ameli.fr**

- J'autorise la CPAM à utiliser les informations présentes sur ce formulaire pour me contacter.
- Je charge la CPAM de l'ouverture de mon compte en ligne sur www.ameli.fr
- J'accepte les conditions d'utilisation de mon compte **ameli.fr** (conditions disponibles sur le site www.ameli.fr)

Les informations recueillies font l'objet d'un enregistrement informatique destiné à vous envoyer des informations provenant de la Caisse d'Assurance Maladie. Les destinataires des données sont les services de la Caisse d'Assurance Maladie. Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Correspondant Informatique et Liberté de la Caisse d'Assurance Maladie de Loir-et-Cher (6, rue Louis Armand - 41022 Blois Cedex). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Article L. 114-13 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 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. »

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit le droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la CPAM de Loir-et-Cher.

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

Fait à _____, le _____

Signature

Nom de la personne ayant aidé au remplissage du dossier et date d'envoi au Service Action Sanitaire et Sociale.

Nom : _____ Date : _____

Cachet de l'organisme expéditeur