



PARIS

DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES ET D'AIDES FINANCIÈRES INDIVIDUELLES

NOM ET ADRESSE DE L'ASSURÉ

(à compléter obligatoirement lors de la remise de l'imprimé)

N° de sécurité sociale

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Les articles 71 et 71.3 du règlement intérieur de la Caisse autorisent, sous certaines conditions, l'octroi de «prestations supplémentaires» ou d'aides financières individuelles. Peuvent en bénéficier les assurés devant faire face à des dépenses hors de proportion avec leurs ressources ou se trouvant dans une situation pécuniaire difficile par suite de frais nécessités par une maladie, une maternité, un accident du travail ou un décès.

MOTIF DE LA DEMANDE : _____

MONTANT DES DÉPENSES ENGAGÉES (joindre toutes pièces justificatives - devis - facture, etc.)
_____ euros.

QUELLE EST VOTRE PROFESSION ACTUELLE ? _____

SI VOUS ÊTES AU CHÔMAGE, PRÉCISEZ VOTRE PROFESSION ANTÉRIEURE ? _____

SI VOUS PERCEVEZ UNE PENSION D'INVALIDITÉ, INDIQUEZ LA CATÉGORIE ? _____

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 377.1 du Code de la Sécurité sociale et 441.1 du Code pénal).

Article L 377-1

Est passible d'une amende de 3 811,23 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris

75948 Paris Cedex 19

www.ameli.fr

Les ressources de votre foyer des 12 derniers mois

▶ Par exemple, si vous déposez votre demande le 25 février 2014, indiquez les ressources perçues du 1^{er} février 2013 au 31 janvier 2014.

Vous devez également déclarer les ressources perçues à l'étranger ou versées par une organisation internationale (même si elles ne sont pas imposables en France)

1 Avez-vous eu des ressources au cours des 12 derniers mois ?

Si aucune des personnes de votre foyer n'a eu de ressources au cours des 12 derniers mois, il vous suffit de dater et de signer en bas de la page 3.

2 Salaires et traitements nets (réellement perçus)

Y compris les contrats solidarité et les revenus de stage de formation, les congés payés...

3 Revenus non salariés de l'année civile précédente

- Votre dernier chiffre d'affaire connu (ou votre part de chiffre d'affaire) hors taxes, si vous avez déclaré des BIC ou des BNC
- Votre revenu professionnel (voir sur votre déclaration) ou votre dernier bénéfice agricole forfaitaire connu si vous n'avez pas fait de déclaration, indiquez les revenus professionnels de l'année dernière et joignez un justificatif

4 Allocations de chômage (aide pour le retour à l'emploi, allocation unique dégressive, autre...)

5 Autres allocations imposables ou non imposables (veuvage, autre...)

6 Pensions, retraites et rentes imposables ou non imposables

7 Pensions alimentaires reçues

8 Autres ressources (location de biens immobiliers, revenus d'épargne, revenus de valeurs mobilières, Plan d'Épargne Populaire, aide financière versée régulièrement par une institution...)

9 Pensions alimentaires versées, elles seront déduites de vos ressources

10 Déclarez le montant de l'argent qui ne vous apporte pas de revenu actuellement (ex. : Plan d'Épargne Logement)

Possédez-vous un terrain qui n'est pas loué ?

Possédez-vous un logement qui n'est pas loué ?

Situations particulières prises en compte pour le calcul de vos revenus

11 Vous percevez actuellement ou vous avez perçu des indemnités journalières (au cours des 12 derniers mois)

12 Vous percevez actuellement ou vous avez perçu des allocations familiales (au cours des 12 derniers mois)

13 Vous êtes propriétaire de votre logement

14 Vous percevez une aide au logement ou vous êtes logé gratuitement

15 Vous êtes en arrêt de travail ou vous l'avez été (au cours des 12 derniers mois) pour une maladie de longue durée

16 Vous êtes au chômage total ou partiel au moment de la demande

17 Vous percevez l'allocation de solidarité spécifique

18 Vous percevez l'allocation d'insertion

Dans chaque colonne, indiquez les ressources perçues par chaque membre de votre foyer au cours des 12 mois précédant la date de votre demande :

du _____ au _____

Vous n'avez pas à déclarer les ressources des personnes qui ont quitté le foyer au cours des 12 derniers mois.

| | Vous | Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS | Autre personne 1 (enfant ou personne à charge de - 25 ans) | Autre personne 2 (enfant ou personne à charge de - 25 ans) |
|-----------|---|---|---|---|
| | Nom : _____ Prénom : _____ | Nom : _____ Prénom : _____ | Nom : _____ Prénom : _____ | Nom : _____ Prénom : _____ |
| 1 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 2 | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| 3 | _____ € _____ € | _____ € _____ € | _____ € _____ € | _____ € _____ € |
| 4 | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| 5 | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| 6 | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| 7 | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| 8 | _____ € | _____ € | _____ € | _____ € |
| 9 | - _____ € | - _____ € | - _____ € | - _____ € |
| 10 | _____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | _____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | _____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | _____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 11 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 12 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 13 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 14 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 15 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 16 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 17 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| 18 | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L 377.1 du Code de la Sécurité sociale et article 441.1 du Code pénal). La loi 78.17 du 06/01/1978 relative à l'information et aux fichiers nominatifs vous garantit un droit d'accès et de rectifications des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

Date et signature :

1. PERSONNES VIVANT AU FOYER

| MEMBRES | NOM - PRÉNOMS | DATE DE NAISSANCE | PROFESSION | NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE |
|---------------------|---------------|-------------------|------------|----------------------------|
| ASSURÉ CONJOINT | | | | |
| ENFANTS | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| | 6 | | | |
| | 7 | | | |
| | 8 | | | |
| AUTRES PERSONNES | | | | |

2. CHARGES

| CHARGES MENSUELLES | MONTANT EUROS |
|---|---------------|
| Loyer..... | |
| Charges courantes d'habitation (eau, chauffage,...) | |
| Quittance EDF | |
| Pensions alimentaires..... | |
| Autres charges..... | |

3. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Avez-vous une assurance, une protection complémentaire ou une mutuelle ? OUI NON

SI OUI, laquelle _____

et montant du remboursement pour le cas exposé _____ euros

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

- Employeur (Service social, Comité d'entreprise, Caisse complémentaire)

- ASSEDIC ■ AIDE MÉDICALE ÉTAT ■ CMU ■ ASSOCIATIONS DIVERSES

Si OUI, lequel _____

et montant obtenu _____ Euros

- En cas d'accident votre compagnie d'assurances vous a-t-elle indemnisé ? OUI NON

N° allocataire (Allocations Familiales, s'il y a lieu) : _____

Après avoir pris connaissance de l'article L 377.1 du Code de la Sécurité sociale, je donne mon accord pour que la Caisse primaire puisse procéder à la vérification de mes déclarations.

Connaissez-vous une assistante sociale ? Si oui :

NOM : _____

Adresse : _____

N° téléphone : _____

À _____ le _____

Nom, prénom et signature

**LA DEMANDE NE POURRA ÊTRE EXAMINÉE QUE SUR PRÉSENTATION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES
DES RESSOURCES ET DES DÉPENSES ET DE L'AVIS D'IMPOSITION**

**CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE AIDES FINANCIÈRES
- DÉCISION -**

Accord - Montant : _____ euros

Classement sans suite - Motif : _____

À soumettre à la Commission sociale

Décision du _____

LE RESPONSABLE DU SERVICE

DÉCISION DE LA COMMISSION SOCIALE

Accord - Montant : _____ euros

Refus

Observations éventuelles : _____

Décision du _____

POUR LA COMMISSION SOCIALE

AIDES FINANCIÈRES - PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

PIÈCES JUSTIFICATIVES

RESSOURCES



Dernier avis d'imposition ou de non imposition

Ressources des 12 mois précédant la demande :

- Bulletins de salaire
- Compléments de salaires
- RMI
- Indemnités chômage
- Prestations familiales
- Allocation logement
- Allocation de soutien de famille
- AAH ou allocation compensatrice tierce personne
- Pension invalidité ou vieillesse
- Rente AT
- Pension militaire
- Retraites complémentaires
- Pension alimentaire
- Allocation Ville de Paris
- ... toutes autres ressources

CHARGES



- Quittance de loyer
- Attestation d'hébergement
- Tableau d'amortissement en cas d'accession à la propriété
- Relevé des charges locatives ou de copropriété
- Dernière facture EDF/GDF
- Justificatif de versement de pension alimentaire

Seules des photocopies des pièces doivent être jointes au dossier

Veillez apporter cette demande et les pièces justificatives lors du rendez-vous fixé

le _____ à _____ heures.