

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ET AIDES FINANCIERES

Objet de la demande : _____

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

Nom : Prénom : Adresse : N° Sécurité Sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	N° CAF : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Avez-vous une Complémentaire Santé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI, laquelle ? Bénéficiez-vous de la CMUC ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

Si le bénéficiaire de la demande n'est pas l'assuré :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_| - |_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|

Si la demande concerne un assuré décédé :

N° de Sécurité Sociale de celui-ci : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| - |_|_|_|

SITUATION MATRIMONIALE - COMPOSITION DU FOYER

Célibataire Vie Maritale Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Pacsé(e)

DETAIL DU FOYER				
Qualité	Nom - Prénom	N° Sécurité Sociale	Date de Naissance	Situation (Professionnelle, Scolaire...)
Assuré		_ _ _ _ _ _ _ - _ _	_ - _ - _ _	
Conjoint ou Concubin ou Partenaire PACS		_ _ _ _ _ _ _ - _ _	_ - _ - _ _	
Enfants vivant au Foyer		_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _	_ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _	
Autres personnes vivant au Foyer		_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _	_ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _ _ - _ - _ _	

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

① – Ressources et Charges

Cocher les cases correspondantes et joindre les photocopies des justificatifs

Dernier avis d'imposition de **chaque** membre du foyer.....

Justificatifs des RESSOURCES des 3 derniers mois de chaque membre du foyer				Justificatifs des CHARGES de moins de 3 mois			
Salaires	Assuré	€	<input type="checkbox"/>	Logement	Loyer	€	<input type="checkbox"/>
	Conjoint / Concubin / PACS	€	<input type="checkbox"/>		Charges Copropriété	€	<input type="checkbox"/>
	Enfants	€	<input type="checkbox"/>		Prêt(s) Accession à la propriété	€	<input type="checkbox"/>
	Autre (préciser)	€	<input type="checkbox"/>		Participation à l'hébergement ⁽¹⁾	€	<input type="checkbox"/>
	_____	€	<input type="checkbox"/>				
_____	€	<input type="checkbox"/>					
Prestations CAF		€	<input type="checkbox"/>		Électricité	€	<input type="checkbox"/>
Pensions	Pension(s) de Retraite	€	<input type="checkbox"/>		Gaz	€	<input type="checkbox"/>
	Retraites Complémentaires	€	<input type="checkbox"/>		Eau (si facturée en dehors du loyer)	€	<input type="checkbox"/>
	Pension(s) de Réversion	€	<input type="checkbox"/>		Pensions Alimentaires versées ^(*)	€	<input type="checkbox"/>
	Invalidité	€	<input type="checkbox"/>	⁽¹⁾ Joindre un certificat de la personne qui vous héberge Connaissez-vous un(e) Assistant(e) Social(e) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI : NOM : _____ Adresse : _____ _____ Téléphone : _____			
	Rente AT / MP	€	<input type="checkbox"/>				
	ASPA	€	<input type="checkbox"/>				
	Pension Alimentaire perçue ^(*)	€	<input type="checkbox"/>				
Autres Ressources	Allocations Pôle Emploi	€	<input type="checkbox"/>				
	Complément Prévoyance	€	<input type="checkbox"/>				
	Bourses d'Etudes	€	<input type="checkbox"/>				
	Allocations CASVP	€	<input type="checkbox"/>				
	Autres : _____	€	<input type="checkbox"/>				

^(*) Joindre la copie du Jugement (Pensions Alimentaires)

Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres Organismes ? OUI NON

Si OUI :

Joindre la copie des notifications de décisions

Organisme	Aide obtenue
	€
	€
	€
	€
	€

② - Justificatifs des dépenses pour lesquelles l'aide est sollicitée

Motif de la demande (Cocher la ou les case(s) utile(s) et joindre les justificatifs)	DOCUMENTS A FOURNIR				
	Prescription Médicale	Devis ou Facture	Audiogramme	Estimation de prise en charge Mutuelle	Autres Pièces - Précisions
<input type="checkbox"/> Frais d'optique	X	X		X	
<input type="checkbox"/> Frais dentaires		X		X	Devis de moins de 6 mois
<input type="checkbox"/> Frais d'orthodontie		X		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Devis du Semestre concerné ▪ Certificat médical le cas échéant, à l'appui d'une demande pour orthodontie non remboursée
<input type="checkbox"/> Appareillage auditif	X	X	X	X	Audiogramme pour les patients âgés de moins de 60 ans
<input type="checkbox"/> Tout autre appareillage ou Dépenses de santé non prises en charge	X	X		X	
<input type="checkbox"/> Frais d'hospitalisation		X		X	Devis ou Facture de l'Établissement hospitalier et / ou note d'honoraires du Chirurgien et de l'Anesthésiste
<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement thermal		X		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Devis ou Facture de l'Hôtelier ou du Bailleur hors frais de repas ▪ L'attestation de la Mutuelle doit mentionner le montant de sa participation aux frais d'hébergement
<input type="checkbox"/> Frais d'obsèques		X		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facture originale de l'entreprise de Pompes Funèbres ▪ Attestations de la Mutuelle du Demandeur et du Défunt ▪ Justificatifs des ressources du défunt au cours des 3 mois précédant son décès ▪ Questionnaire Page 4
<input type="checkbox"/> Aide alimentaire/Aide au logement					<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une attestation du bailleur précisant le montant de la dette locative <p>Une enquête sociale sera systématiquement réalisée par les services de la CRAMIF</p>

Le cas échéant, vous pouvez joindre tout certificat médical et / ou lettre d'explication à l'appui de votre demande.

☞ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

☞ Je vérifie que mon dossier est complet (pièces justificatives mentionnées aux points ① et ②).

Fait à :

Signature du Demandeur :

Le :

Article L. 114-13 du Code de la Sécurité Sociale : "Est passible d'une amende de 5000 € 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."

AIDES FINANCIÈRES LIÉES À DES FRAIS D'OBSÈQUES
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 :

N° 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, mairie, organisme de retraite complémentaire, etc...)
- Si oui, en indiquer les montants :

- 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 ?

À _____ , le

Signature :

(*) 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, page précédente.