

INFORMATIONS PRATIQUES

**VOUS DEVEZ FAIRE FACE À DES DÉPENSES DE SANTÉ IMPORTANTES
ET VOS REVENUS SONT MODESTES.**

**VOUS SUBISSEZ UNE PERTE DE REVENUS DUE À UNE MALADIE,
UNE MATERNITÉ, UN DÉCÈS, UN ACCIDENT DU TRAVAIL.**

NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS AIDER

EN EFFET, UNE AIDE FINANCIÈRE À TITRE EXCEPTIONNEL peut vous être accordée par la Commission Sociale qui est composée de Conseillers, Membres du Conseil de l'Assurance Maladie.

DANS QUEL CAS ?

**SI VOTRE DEMANDE CONCERNE UNE PROTHÈSE DENTAIRE, AUDITIVE, DES FRAIS D'OPTIQUE,
DES FRAIS D'HOSPITALISATION, UN APPAREILLAGE...**

Adressez-nous tous les justificatifs de ressources et de charges du mois qui précède votre demande, ainsi que :

Pour les soins envisagés

- devis détaillé(s)
- attestation de participation de la mutuelle ou refus
- ordonnances

Pour les soins réalisés

- le décompte de remboursement de l'Assurance Maladie et de la mutuelle
- la facture détaillée acquittée
- la facturation ou l'avis des sommes à payer
- l'échéancier de paiement de l'hôpital

**SI VOTRE DEMANDE CONCERNE UNE AIDE MÉNAGÈRE OU UNE BAISSÉ DE REVENUS LIÉE À UNE MALADIE
OU À UN ACCIDENT DU TRAVAIL**, contacter un(e) assistant(e) social(e) avant de compléter l'imprimé,
une évaluation sociale est indispensable à l'examen de votre dossier.

A NOTER POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMUC

Prothèses auditives, prothèses dentaires et optique : ces prestations déjà incluses dans le panier de biens,
ne peuvent pas faire l'objet d'une aide financière.

RAPPEL

Renseignez-vous auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie au **3646** ou sur **ameli.fr** pour connaître vos droits éventuels et les démarches à suivre pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire ou de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé car ces droits peuvent couvrir une partie importante de vos frais médicaux.

La demande **ORIGINALE** complète doit être adressée à :
L'ASSURANCE MALADIE DU VAL-DE-MARNE
Service des Aides Financières Individuelles
94031 CRETEIL CEDEX

— TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ —

Ressources mensuelles précédant la demande

- Justificatifs des ressources de **toutes les personnes** vivant au foyer :
 - bulletins de salaire
 - avis de paiement de Pôle Emploi, précisant le montant de l'allocation versée
- Allocations versées par la Caisse d'Allocations Familiales (RSA), allocations familiales, allocation aux handicapés, allocation logement (APL) :
- Pension alimentaire: notification du tribunal et justificatif de perception de la pension alimentaire
- Pension invalidité : attestation de versement de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Ile-de-France
- Pension vieillesse/reversion : attestation de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
- Retraites complémentaires : attestation de versement des Organismes de Retraites Complémentaires
- Bourses universitaires : justificatif de versement
- Rentes Accident du Travail : justificatif de versement
- Notification de prise en charge au titre de l'Aide Sociale du Conseil Départemental

Charges mensuelles précédant la demande

- Loyer : quittance
Si vous êtes hébergé, joindre une attestation récente d'hébergement ou domiciliation auprès d'un CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ou d'une association agréée.
- Accession à la propriété : tableau d'amortissement du crédit relatif à l'emprunt pour l'accession à la propriété.
Si chômage ou maladie : attestation délivrée par l'organisme de crédit relatif à l'accession à la propriété précisant si l'assurance contractée lors de l'emprunt prend en charge une partie ou la totalité de la mensualité. Dans l'affirmative, faire préciser le montant et la durée de la prise en charge.
- Taxe Habitation : dernier avis d'imposition recto/verso
- Taxe Foncière : dernier avis d'imposition recto/verso
- Impôts sur le revenu : dernier avis d'imposition ou de non imposition recto/verso
- Pension alimentaire : notification du tribunal et justificatif de versement de la pension alimentaire
- Mutuelle : échéancier de paiement de la cotisation mutuelle
- Dossier de surendettement : justificatif précisant le montant versé

N'oubliez pas
 de lire
 attentivement
 la notice
 d'informations

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE OU DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

(Vous devez avoir déclaré un médecin traitant)

CACHET DU SERVICE EXPÉDITEUR

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

NOM _____

Prénom _____

Adresse _____

N° d'Immatriculation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° de téléphone _____

Adresse Courriel _____

N° Allocataire CAF _____

Votre demande concerne :

- Dentaire Orthodontie Auditif Hospitalisation Optique Aide ménagère Autres

Votre demande est liée à :

- une maladie une maternité A.T./M.P.
 une invalidité un accident causé par un tiers

Date de l'accident | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de l'arrêt de travail | | | | | | | | | | | | | | | |

SITUATION DE FAMILLE

- Célibataire
 Marié(e)
 Pacs
 Concubin(e)
 Divorcé(e)
 Séparé(e)
 Veuf(ve)

SITUATION ADMINISTRATIVE

- Salarié(e)
 Chômeur
 Invalide
 Retraité(e)
 Autres à préciser _____

MOTIF DE LA DEMANDE

(à compléter par le demandeur)

Personne pour laquelle l'aide est sollicitée :

NOM et Prénom _____ Né(e) le | | | | | | | | | | | | | | | |

- Assuré Conjoint Enfant Autre

Connaissez-vous une assistante sociale : Oui Non

Si oui, précisez : Nom _____ Assurance Maladie Autres

COMPOSITION DU FOYER

Membres	Noms et Prénoms	Date de naissance	Profession	N° d'immatriculation
Conjoint/Concubin				
Enfants				
Autres personnes vivant au foyer				

RESSOURCES MENSUELLES (joindre toutes les pièces justificatives)

Toutes les cases sont à remplir en indiquant le montant ou zéro «0»

RESSOURCES	MONTANT	RESSOURCES	MONTANT
Salaire de l'assuré		Chômage	
Salaire du conjoint ou du concubin		Rente Accident du Travail	
Complément de salaire		Pension d'invalidité	
Bourses		Retraite sécurité sociale	
Prestations familiales		Retraite complémentaire	
Allocation PAJE		Pension de reversion	
Allocation logement ou A.P.L.		Pension militaire	
Revenu Solidarité Active		Revenus mobiliers et/ou immobilier	
Allocation d'Adulte Handicapé		Autres (préciser la nature) : _____	
Prime d'activité		_____	
Pensions alimentaires perçues		_____	

CHARGES MENSUELLES (joindre toutes les pièces justificatives)

CHARGES	MONTANT	CHARGES	MONTANT
Loyer et charges locatives		Pensions alimentaires versées	
Remboursement accession à la propriété		Impôts sur le revenu	
Cotisation Mutuelle		Taxe d'habitation	
Dossier de surendettement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Taxe Foncière	

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Vous êtes hébergé, joindre un certificat d'hébergement récent Vous êtes propriétaire
- **Adhères-vous à une mutuelle ?** Oui Non
Joindre une attestation de votre organisme complémentaire précisant le montant de leur remboursement pour la demande (selon devis)
 - **Avez-vous sollicité des aides auprès d'autres organismes ?** Oui Montant _____ €
 Non
- Nom de l'organisme : _____

VERSEMENT DE L'AIDE A UN TIERS

En cas d'accord, j'autorise la Caisse à effectuer le versement de l'aide qui m'est destinée :

- à l'Établissement hospitalier suivant : _____
- au Professionnel de Santé (dentiste, médecin, ...) suivant : _____
- au Fournisseur (opticien, prothésiste, ...) suivant : _____
- à l'Association d'Aide Ménagère ou C.C.A.S. suivante : _____
- ou à un Tiers. précisez : _____

En cas de remboursement mutuelle, l'aide pourra être versée à un tiers si accord mutualiste.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du code pénal, article L.114-17-1 du code de la Sécurité sociale).

A _____, le _____

Signature du demandeur (obligatoire)