

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Merci de remplir ce formulaire en NOIR

Identification de l'assuré										
N° d'assuré social <input style="width: 80px;" type="text"/>										
Nom <input style="width: 80px;" type="text"/>			Nom de naissance <input style="width: 80px;" type="text"/>			Prénom <input style="width: 80px;" type="text"/>				
Adresse <input style="width: 90px;" type="text"/>						Ville <input style="width: 80px;" type="text"/>				
Date de naissance <input style="width: 80px;" type="text"/>			N° allocataire CAF <input style="width: 80px;" type="text"/>							
Courriel <input style="width: 80px;" type="text"/>					Tél <input style="width: 80px;" type="text"/>					
Objet de la demande										
Motif de la demande <input style="width: 900px;" type="text"/>										
Montant de l'aide sollicitée <input style="width: 80px;" type="text"/>										
Êtes-vous bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours										
Aides accordées au cours de ces 12 derniers mois										
Date		Objet						Montant		
<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 900px;" type="text"/>						<input style="width: 80px;" type="text"/>		
Composition de la famille										
<input type="checkbox"/> Célibataire		<input type="checkbox"/> Marié(e)/vie maritale/PACS			<input type="checkbox"/> Divorcé(e)/séparé(e)			<input type="checkbox"/> veuf/veuve		
Nombre de personnes vivant au foyer <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>										
Nom-prénom		Lien de parenté		N° d'assuré social		Date de naissance		Situation		
<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		
<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		
<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		
<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		
<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		
<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		<input style="width: 80px;" type="text"/>		
Budget de la famille										
RESSOURCES TRIMESTRIELLES PRÉCÉDANT LA DEMANDE										
	Assuré(e)			Conjoint(e)			Autres personnes au foyer			
	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois 1	Mois 2	Mois 3	
Salaires nets	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Indemnités journalières (IJ)	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Compléments d'IJ	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Pension d'invalidité	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Complément d'invalidité	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Rente accident du travail	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Indemnités chômage	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Retraite	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Retraites complémentaires	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
RSA	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
AAH	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Pension alimentaire	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Capitaux placés	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Prestations familiales	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Autres	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Total	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
La commission de surendettement est-elle saisie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de saisine <input style="width: 80px;" type="text"/>										
Montant de la pension alimentaire versée <input style="width: 80px;" type="text"/>										

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

A Le

Signature

Pièces à joindre à votre demande :

- > les justificatifs de vos ressources des 3 mois précédant la demande
- > votre dernier avis d'imposition
- > un relevé de capitaux placés ou un état de situation de tous vos comptes bancaires au 1^{er} janvier
- > la prescription médicale
- > un devis ou une facture acquittée ou non acquittée
- > une attestation de votre mutuelle précisant le montant de sa participation

Afin de vous satisfaire dans les meilleurs délais, vous êtes invité à retourner ce document par la poste à votre Caisse primaire d'assurance maladie ou à le déposer dans l'un de ses accueils.

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Loire-Atlantique
Service solidarité et accès aux soins
9, rue Gaëtan-Rondeau - 44958 Nantes Cedex 9

3646 Service 0,06 € / min
+ prix appel

www.ameli.fr

Une non réponse de votre part entraînerait un classement sans suite

La présente déclaration n'exclut pas dans certains cas, une évaluation sociale.

Si cette demande est acceptée, vous en serez informé par courrier et recevrez selon le mode de paiement habituel, la somme qui vous a été allouée par la Commission d'action sanitaire et sociale. Cependant, l'attribution des aides exceptionnelles et des prestations supplémentaires étant essentiellement facultative, vous ne pourrez pas contester le montant des prestations accordées.

En cas de refus de la Commission compétente, une notification vous sera adressée. S'agissant de prestations extra-légales, l'assuré n'est pas fondé à faire appel devant quelque juridiction que ce soit. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de faux, de fraudes ou de fausses déclarations (*articles L 114.13 du code de la Sécurité sociale et 441.1 du code pénal*).