

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DEMANDE D'AIDES FINANCIÈRES ET DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Merci de remplir ce formulaire en NOIR

Identification de l'assuré

N° d'assuré social _____

Nom _____ Nom de naissance _____ Prénom _____

Adresse _____ Ville _____

Date de naissance ___ / ___ / _____ N° Allocataire CAF ou MSA _____

Courriel _____ Tél. _____

Composition de la famille

Célibataire
 Marié(e)/vie maritale/PACS
 Divorcé(e)/séparé(e)
 Veuf/veuve

Nombre de personnes vivant au foyer (demandeur inclus) _____

Nom-prénom	Lien de parenté	N° d'assuré social	Date de naissance	Situation

Objet de la demande

Renseignements concernant le bénéficiaire

Motif de la demande _____ Nom _____

Montant de l'aide sollicitée _____ Prénom _____

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS ? Oui Non En cours Date de naissance ___ / ___ / _____

Aides accordées au cours de ces 12 derniers mois

Date	Objet	Montant

Budget de la famille

RESSOURCES DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE DE LA DEMANDE

	Assuré(e)			Conjoint(e)			Autres personnes au foyer		
	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :	Mois :
Salaires nets									
Indemnités journalières (IJ)									
Compléments d'IJ									
Pension d'invalidité									
Complément d'invalidité									
Rente accident du travail									
Indemnités chômage									
Retraite									
Retraites complémentaires									
RSA									
AAH									
Pension alimentaire reçue									
Capitaux placés									
Prestations familiales et APL									
Autres ressources									
TOTAL									

La commission de surendettement est-elle saisie ? Oui Non Date de saisine _____

Montant de la pension alimentaire versée _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis
 À _____ Le _____

Signature

Pièces à joindre à votre demande :

- > les justificatifs des ressources du foyer des 3 mois précédant la demande (salaires, pensions, attestation pôle emploi, retraites...)
- > votre dernier avis d'imposition recto/verso
- > la prescription médicale
- > un devis ou une facture (si appareil auditif, fournir 2 devis et l'audiométrie tonale et vocale)
- > 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 ou par courriel à solidarite@cpam-mainetloire.cnamts.fr

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Maine-et-Loire
Service Action Sanitaire et Sociale
32, rue Louis Gain - 49 937 Angers 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 déléguée par le Conseil de la Caisse. 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).

L'Assurance Maladie, via la CPAM de Maine-et-Loire, dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement votre dossier.
Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre CPAM de rattachement.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 114.13 du Code de la sécurité sociale, L 441.1 du Code pénal).