

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
Service action sanitaire et sociale

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

Adresse :

Téléphone* : E-mail* :

N° immatriculation

Si vous êtes affilié(e) à une section locale MGEN, MG... joindre la photocopie de votre attestation de droits

N° allocataire CAF : (obligatoire si vous percevez des prestations CAF)

Catégorie socio-professionnelle :

Vous êtes salarié..... Oui Non Autres (précisez) :

Vous êtes en activité non salariée Oui Non

Dans l'affirmative, date de début de l'activité non salariée

Nature de l'activité (précisez) :

Nom, prénom, coordonnées du travailleur social qui vous accompagne dans votre demande :

* J'accepte que mon numéro de téléphone portable et mon adresse mail soient utilisés par l'Assurance Maladie pour diffuser des informations générales Oui Non

VOTRE DEMANDE EST LIÉE À...

une maladie une maternité un accident de travail une invalidité

Date de l'arrêt de travail :

un accident causé par un tiers Date de l'accident :

VOTRE DEMANDE CONCERNE...

- AIDE À DOMICILE (ménage, portages de repas)
- FOURNITURES MÉDICALES
- OPTIQUE
- APPAREILLAGE
- FORFAIT JOURNALIER
- PERTE DE SALAIRE
- TRANSPORT
- AUDITIF
- DENTAIRE (prothèses), ORTHODONTIE
- TICKET MODÉRATEUR
- AUTRES :

*Pour les demandes OPTIQUE, DENTAIRE et AUDITIF, joindre un devis proposant une offre "100 % santé".
Joindre les pièces justificatives des dépenses engagées (factures) ou à engager (devis) et prescription médicale correspondante.*

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

	Nom - Prénom	N° de Sécurité sociale	Date de naissance	Lien de parenté	Situation : scolaire, étudiant, apprenti, salarié, demandeur emploi indemnisé ou non...
Assuré(e) ... Conjoint(e) ou concubin(e) ... Enfant(s) ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres personnes vivant au foyer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RESSOURCES MENSUELLES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Les justificatifs de ressources doivent être obligatoirement accompagnés :

- de la photocopie intégrale du dernier avis d'imposition de chacun des membres du foyer,
- du relevé de capitaux ci-joint dûment complété et signé par vous-même et votre établissement bancaire (un relevé de capitaux par titulaire de comptes et par établissement).

Nature des ressources	Assuré(e)	Conjoint(e)	Enfants et/ou autres	À joindre obligatoirement
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ*				
Salaires nets (avant impôts)				Bulletins de salaire
Indemnités chômage				Avis de paiement ou refus du Pôle Emploi
Indemnités journalières versées au titre de la maladie ou de l'accident de travail				Décompte ou attestation de paiement
Complément employeur ou régime de prévoyance				Avis de paiement ou attestation
Revenu d'activité non salariée				Copie intégrale du dernier avis d'imposition sur les revenus - Dernier bilan comptable - Attestation comptable - Copies déclarations URSSAF trimestrielles ou mensuelles pour les auto-entrepreneurs
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ*				
Pension d'invalidité				Décompte ou attestation de paiement
Complément d'invalidité : FSI ou complément prévoyance				
Majoration tierce personne				
Retraite Carsat et autres régimes (MSA)				Copie de la déclaration fiscale pré-remplie des revenus ou notification de pension
Retraites complémentaires				
Pension civile et militaire				Attestation de versement
Rente accident du travail ou rente survivant				Décompte de paiement
Allocation compensatrice				Attestation de versement
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF*				
Revenu solidarité active (RSA)				Attestation de versement de la CAF du mois précédant la demande
Allocation adulte handicapé (AAH)				
Allocation logement (AL) ou aide personnalisée au logement (APL)				
Allocations d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)				
Autres prestations CAF (ASF, PAJE, AJPP, adoption)				
REVENUS DIVERS*				
Revenus mobiliers				Imprimé joint
Revenus fonciers				Annexe 2044 ou 2044 spéciale
Autres ressources <i>(Précisez)</i>				Justificatifs
Pensions alimentaires				Justificatif de versement ou jugement de divorce
Bourses études supérieures étudiant				Notification d'attribution ou de refus
TOTAL				

*du mois précédant la demande

BÉNÉFICIAIRE (si différent de l'assuré) :

Nom - Prénom : Date de naissance :

--	--	--	--	--	--

- Conjoint(e)
 Vie maritale avec l'assuré(e)
 Enfant
 Autre bénéficiaire

A-t-il une reconnaissance de travailleur handicapé auprès de la Maison des Personnes Handicapées de l'Hérault (MPHH) ?

- Oui
 Non

Le handicap a-t-il été reconnu avant l'âge de 60 ans ? Oui Non

Les frais sont-ils en lien avec le handicap ? Oui Non

Dans l'affirmative, avez-vous sollicité la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et/ou

le Fonds de Compensation (FDC) ? *[joindre les notifications]* Oui Non

Avez-vous créé votre DMP (Dossier Médical Partagé)* ? Oui Non

* Le DMP est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise vos informations de santé (traitement, résultats d'exams,...).

Au cours des 12 derniers mois, vous ou un membre de votre foyer avez renoncé ou reporté un ou des soins ?

Oui Non

Si oui, quels soins ne sont pas réalisés :

Depuis quand dure le renoncement : Moins de 3 mois De 3 mois à 1 an Plus d'un an

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER JOINDRE LES JUSTIFICATIFS

ÊTES-VOUS :

LOCATAIRE (joindre la copie de la dernière quittance de loyer)

COLOCATAIRE (joindre la copie de la dernière quittance de loyer et le contrat de colocation)

PROPRIÉTAIRE :

1. Avez-vous un prêt en cours ?

Oui Non (joindre l'échéance et le justificatif de la dernière échéance réglée)

2. Les mensualités de crédit d'accession à la propriété sont-elles prises en charge actuellement par une assurance ?

Oui Non (joindre l'attestation précisant les modalités de prise en charge)

HÉBERGÉ : précisez les conditions (à titre gracieux ou autre)

NATURE DES CHARGES	MONTANT MENSUEL EN EUROS
PENSIONS ALIMENTAIRES	
SURENDETTEMENT Un dossier de surendettement a-t-il été déposé à la Banque de France (BDF) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si OUI, joindre la photocopie du surendettement délivré par la BDF)	
CHAUFFAGE	
EAU	
ÉLECTRICITÉ	
GAZ	
TÉLÉPHONE FIXE, PORTABLE, INTERNET	
CRÉDITS (AUTRE QUE CELUI DE L'ACCESSION À LA PROPRIÉTÉ)	
IMPÔTS SUR LES REVENUS	
TAXE D'HABITATION / TAXE FONCIÈRE	
ASSURANCE HABITATION	
ASSURANCE VOITURE	
COTISATIONS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (MUTUELLE, ASSURANCE SANTÉ)	
FRAIS DE GARDE D'ENFANTS	
COTISATION FONCIÈRE ENTREPRISE (CFE)	
AUTRES CHARGES (à préciser) :	
TOTAL CHARGES	

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

Le bénéficiaire de l'aide demandée est-il adhérent à un organisme complémentaire ?

Oui Non

Si oui : Mutuelle, assurance santé Complémentaire santé solidaire

Nom et adresse de votre mutuelle :

N° de téléphone :

Votre complémentaire prend en charge une partie des frais concernant votre demande ?

Oui Indiquez le montant :€

Non L'avez-vous sollicitée ? Oui Non

Joindre obligatoirement la simulation détaillée de remboursement ou la notification de non participation de votre organisme complémentaire.

AUTRES FINANCEURS

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

- Oui Lesquels :
- Non

Une aide vous a-t-elle été accordée ?

- Oui Non *(dans les deux cas, joindre la copie de la notification - accord ou refus)*

DESTINATAIRE DU RÈGLEMENT

Pour les demandes d'aides pour soins : le versement de l'aide sera effectué sur le compte du tiers intervenant (professionnel de santé, établissement de soins, fournisseur, ...).

Pour les demandes hors soins : *préciser le destinataire du règlement et joindre le RIB à son nom.*

Nom du Tiers :

PRÉCISER OBLIGATOIREMENT L'OBJET ET LA NATURE DE LA DEMANDE

Je sollicite une aide exceptionnelle pour

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

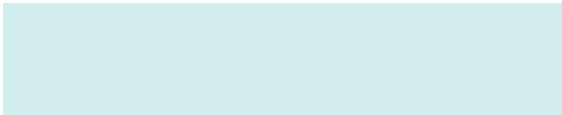
.....

Le montant de ma demande s'élève à Euros

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et autorise les membres de la commission à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiant ma demande.

Fait à le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature de l'assuré(e) ou de son représentant légal : 

Votre dossier de demande d'aide accompagné des pièces justificatives est à envoyer à l'adresse suivante :



Assurance Maladie de l'Hérault
Service action sanitaire et sociale
29 cours Gambetta
34934 Montpellier cedex 9



www.ameli.fr



3646

Service 0,06 € / min
+ prix appel

Quelle que soit la décision prise par la commission déléguée du Conseil de la Caisse, vous serez informé(e) par courrier. Sont punis d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations (article L377-1 du code de la Sécurité Sociale, 1047 du Code Rural, 150 du Code Pénal)
Les dispositions des articles 34, 35 et 34 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent.