

Service Action Sanitaire et Sociale

Dossier de demande d'aide financière

Votre demande concerne une aide financière pour des prestations

- DENTAIRE, ORTHODONTIE OPTIQUE FRAIS HOSPITALIERS AUDITIF*
 PSYCHOMOTRICITE, ERGOTHERAPIE AUTRES (à préciser)

*les demandes auditives concernant les personnes non retraitées doivent être adressées à la Maison Départementale Métropolitaine des Personnes Handicapées (MDMPH).

Assuré

N° Sécurité Sociale _ _ _ _ _ / _ _ _

Si vous êtes affilié(e) à une section locale mutualiste (exemple : MGEN, MAGÉ...), joindre la photocopie de votre attestation de droits et un relevé d'identité bancaire.

N° allocataire CAF de tous les membres de la famille : _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ (obligatoire pour toutes prestations versées par la CAF)

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

☎ Fixe _ _ _ _ _

Portable _ _ _ _ _

Mail :@.....

Situation de famille

- CELIBATAIRE MARIE(E) VIE MARITALE/PACS DIVORCE(E)/SEPRE(E) VEUF/VEUVE

NOMBRE DE PERSONNES AU FOYER : _ _ _

Bénéficiaire des soins

- ASSURE(E) CONJOINT(E) ENFANT ENFANT

NOM.....PRENOM.....NE(E) LE

NOM.....PRENOM.....NE(E) LE

NOM.....PRENOM.....NE(E) LE

Organisme complémentaire

Le bénéficiaire de l'aide est-il adhérent à : Complémentaire Santé Solidaire
 Mutuelle, assurance santé

Une démarche pour obtenir la Complémentaire Santé Solidaire est-elle en cours ? OUI NON

Autres financeurs

Avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes ? OUI NON Lesquels : _____

Une aide vous a-t-elle été accordée ? OUI NON (dans les 2 cas joindre la copie de la notification)

JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

| | | |
|------------------|---|---|
| VOS SOINS | Si vous n'avez pas réglé vos frais de santé | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Un devis nominatif de moins de 6 mois, détaillé et chiffré de la prestation demandée. ➤ La prescription médicale. ➤ Justificatif de votre organisme complémentaire précisant le montant de sa participation ou de sa non-participation aux frais exposés. ➤ L'avis des sommes à payer pour les frais hospitaliers. ➤ La procuration (dernière page) dûment complétée et signée par vous-même et le professionnel de santé. |
| | Si vous avez réglé vos frais de santé | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le décompte de la Sécurité Sociale et/ou de l'organisme complémentaire ou attestation de non-participation aux frais exposés. ➤ La facture acquittée, l'attestation de participation ou non de votre mutuelle et la prescription médicale pour les actes ou fournitures non remboursables. ➤ L'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement pour les frais hospitaliers. |

| NATURE DE VOS RESSOURCES | | JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT |
|---------------------------|--|--|
| REVENUS | Salaires nets | Bulletins de salaire |
| | Chômage | Avis de paiement ou refus du Pôle Emploi |
| | Indemnités journalières Sécurité Sociale | |
| | Complément employeur, prévoyance | Avis de paiement ou attestation de non prise en charge |
| | Revenus d'activité non salariée | Dernier avis d'imposition |
| PENSIONS ET RENTES | Pensions invalidité | Avis de paiement si versé par un autre organisme que la CPAM du RHONE |
| | Complément invalidité employeur | Avis de paiement ou attestation de non prise en charge |
| | Pensions retraites et retraites complémentaires | Attestation de versement |
| | Pension militaire ou civile | Attestation de versement |
| | Rente Accident du Travail | Avis de paiement si versé par un autre organisme que la CPAM du RHONE |
| PRESTATIONS CAF | RSA, Allocation Adulte Handicapé, Prestations familiales, ASF, complément familial | Attestation de versement de la CAF de chaque allocataire |
| DIVERS | Bourses scolaires et études supérieures | Notification d'attribution ou de refus. |
| | Pension alimentaire versée ou reçue | Justificatif ou jugement de divorce précisant le montant de la pension |

| NATURE DE VOS CHARGES | JUSTIFICATIFS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT |
|-----------------------|---|
| LOGEMENT | <ul style="list-style-type: none"> ➤ copie quittance de loyer ou accession à la propriété (échancier de prêt immobilier,...). ➤ Charges locatives ou de copropriété (appel de fonds,...). ➤ Taxe habitation, Taxe Foncière. ➤ Assurance habitation. ➤ Facture/échancier Electricité, Eau, Chauffage. ➤ Facture Téléphone et/ou Internet. ➤ Attestation sur l'honneur d'hébergement et justificatifs logement hébergeur : copie quittance de loyer ou accession à la propriété. |
| TRANSPORT | <ul style="list-style-type: none"> ➤ prêt voiture demandée. ➤ Assurance voiture. ➤ Abonnement transport |
| FAMILLE | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie intégrale du dernier avis d'imposition ou de la dernière déclaration de revenus simplifiée. ➤ Pensions alimentaires versées ➤ Frais de garde ➤ Apurement de dettes suite commission surendettement |

| CHARGES FINANCIERES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER | MONTANT MENSUEL EN € |
|---|---|
| ETES-VOUS : <input type="checkbox"/> LOCATAIRE (Montant de l'allocation logement (APL) :€) <input type="checkbox"/> COLOCATAIRE (Montant de l'allocation logement (APL) :€) <input type="checkbox"/> HEBERGE (à titre gracieux ou autre) : <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE : 1. Avez-vous un prêt immobilier en cours <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| Charges liées à l'habitat : - Eau - Gaz - Electricité - Chauffage - Charges locatives ou de copropriété - Téléphone / Internet - Assurance habitation | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| PENSIONS ALIMENTAIRES : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <hr/> <hr/> |
| AUTRES CHARGES (Transport,...): - Prêt voiture / assurance voiture - Abonnement transport - (A préciser) | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| DOSSIER DE SURENDETTEMENT à La Banque de France <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <hr/> <hr/> |

DECLARATION DES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Vous devez impérativement déclarer les ressources de toutes les personnes vivant sous le même toit et joindre les justificatifs des 3 derniers mois qui précèdent votre demande, même si vous êtes hébergé(e) gratuitement.

| | NOM PRENOM N° SECURITE SOCIALE | NATURE DES RESSOURCES | MOIS DE ----- | MOIS DE ----- | MOIS DE ----- |
|-----------------------------------|---|--------------------------|------------------|------------------|------------------|
| ASSURE | Nom : Prénom : N° sécurité sociale : ----- | | | | |
| CONJOINT(E) CONCUBIN(E) | Nom : Prénom : N° sécurité sociale : ----- | | | | |
| ENFANT | Nom : Prénom : N° sécurité sociale : ----- | | | | |
| ENFANT | Nom : Prénom : N° sécurité sociale : ----- | | | | |
| ENFANT | Nom : Prénom : N° sécurité sociale : ----- | | | | |
| AUTRE PERSONNE (à préciser) | Nom : Prénom : N° sécurité sociale : ----- | | | | |
| AUTRE PERSONNE (à préciser) | Nom : Prénom : N° sécurité sociale : ----- | | | | |

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

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

Fait à le

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

DOSSIER COMPLET A RETOURNER A L'ADRESSE CI-DESSOUS :
CPAM DU RHONE
69907 LYON CEDEX 20

👉 ATTENTION : PROCURATION A COMPLETER AU DOS

PROCURATION

Je soussigné(e)
(Nom et prénom de l'assuré)

autorise
(Nom, prénom et adresse du Tiers)

à percevoir le versement de l'aide financière qui me serait éventuellement
accordée par le Service Action Sanitaire et Sociale de la CPAM du RHONE.

Si professionnel de santé : code FINESS _____

Si autres tiers : joindre un RIB

Fait à,

le.....

Signature de l'assuré(e)

Signature et cachet du Tiers