

Demande d'aide financière individuelle

(afin d'examiner votre demande, veuillez remplir les rubriques de ce questionnaire)

Identification de l'assuré(e)

N° sécurité sociale :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable* :

Adresse mail * :

Votre organisme de Sécurité Sociale :

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

Nom, prénom, coordonnées du travailleur social ou de l'organisme 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 concerne

<input type="checkbox"/> Ticket modérateur et forfait journalier	<input type="checkbox"/> Frais d'obsèques
<input type="checkbox"/> Frais dentaires (prothèses, orthodontie, autres)	<input type="checkbox"/> Produits ou actes non remboursables
<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Transport sanitaire
<input type="checkbox"/> Prothèses auditives	<input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques
<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Aide à l'handicap
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	

Nom, prénom du bénéficiaire :

Date de naissance :

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

A-t-il une reconnaissance de travailleur handicapé ? OUI NON

Situation familiale

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

Composition de la famille (ensemble des personnes vivant sous le même toit que le demandeur)

	Nom - Prénom	N° sécurité sociale	Date de naissance	Lien de parenté	Situation : <small>Scolaire, étudiant, apprenti, salarié, chômage indemnisé ou non</small>
<i>Assuré Conjoint ou Concubin Enfant</i>

<i>Autres personnes vivant au foyer</i>

Indiquez les montants de toutes **vos** ressources et de celles de **toutes** les personnes vivant sous le même toit au cours **du mois précédant** la demande

Nature des ressources	Assuré	Conjoint	Enfants	Autres
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ				
Salaires nets€€€€
Indemnités chômage€€€€
Indemnités journalières (sécurité sociale)€€€€
Compléments de salaires (versés par l'employeur, une mutuelle ou un régime de prévoyance=€€€€
Revenu d'activité non salariée€€€€
PENSIONS ET RENTES				
Pension d'invalidité€€€€
Complément d'invalidité : FSI ou complément prévoyance€€€€
Majoration tierce personne€€€€
Retraite CARSAT et autres régimes (MSA, RSI ...)€€€€
Retraites complémentaires€€€€
Pension civile et militaire€€€€
Rente accident du travail ou rente survivant€€€€
Allocation compensatrice, APA, allocation veuvage€€€€
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF				
Revenu solidarité active (RSA)€€€€
Prime d'activité€€€€
Allocation adulte handicapé (AAH)€€€€
Allocations familiales€€€€
Allocation logement ou aide personnalisée au logement€€€€
Allocations d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)€€€€
Autres prestations CAF (ASF, PAJE, APP, ADOPTION)€€€€
REVENUS DIVERS				
Prestation compensation du handicap (MDPH)€€€€
Pensions alimentaires€€€€
Bourses scolaires€€€€
Revenus locatifs, fonciers, placements bancaires€€€€
Autres ressources (préciser)€€€€
TOTAL€€€€

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT SOUS LE MÊME TOIT

Êtes-vous	MONTANT MENSUEL	L'allocation logement ou l'APL est-elle déduite de ce montant?
<input type="checkbox"/> Locataire €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Colocataire €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Propriétaire Avez-vous un prêt en cours pour accession à la propriété ? (hors travaux) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Les mensualités du crédit d'accession à la propriété sont-elles prises en charge actuellement par une assurance ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Hébergé €	
Pension alimentaire versée €	
Surendettement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON €	
Chauffage €	Est-il compris dans le loyer ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Eau €	
Téléphone, 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 €	
Tierce personne rémunérée €	
Frais de dépendance €	

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par un Organisme Complémentaire ?

- NON OUI Mutuelle
 CMU Complémentaire

Nom et adresse de votre mutuelle :

.....

N° de téléphone : N° d'adhérent :

Si votre complémentaire prend en charge une partie des frais concernant votre demande, indiquez le montant : €.

**Joindre OBLIGATOIREMENT la notification de participation ou de non-participation
de l'organisme complémentaire, ou la simulation de remboursement**

AUTRES FINANCEURS

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

NON

OUI

Mutuelle

MDPH

Conseil Départemental

Autres (à préciser) :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance des dispositions de l'article L377-1 du code de la Sécurité sociale, que les renseignements portés sont complets et exacts, qu'ils pourront être vérifiés.

Par ailleurs, j'autorise l'Assurance Maladie à verser les sommes éventuellement accordées à des tiers.

le

(signature)

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- dernier avis d'imposition ou de non-imposition (recto-verso) reçu pour chaque personne au foyer
- dernier avis de paiement de toutes les prestations familiales délivrées par la CAF
- justificatif de la participation financière d'autres organismes (MDPH, Conseil Départemental,...)

Pour les soins envisagés

- le devis détaillé
- l'attestation de participation de la mutuelle ou refus
- les prescriptions médicales

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

Les assurés frontaliers ont droit aux prestations supplémentaires, sous réserve d'un refus écrit émanant de l'organisme étranger. Il vous appartient d'abord de solliciter un secours auprès de cet organisme.

À noter pour les bénéficiaires de la CMUC

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

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

CPAM DE MOSELLE
Service Action Sanitaire et Sociale
18 rue Haute-Seille - CS 80001
57751 METZ cedex 9

L'attribution d'une aide individuelle ne constitue pas un droit pour le demandeur.

Ces prestations facultatives sont allouées selon les critères déterminés par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale et ne sont pas susceptibles de recours.