

Demande d'aide financière

Identification du bénéficiaire

N° de sécurité sociale Date de naissance :

Nom d'usage : Nom Patronymique : Prénom :

Identification de l'assuré

N° de sécurité sociale : Date de naissance :

Caisse de rattachement : Régime :

N° allocataire CAF : Matricule MSA :

Nom d'usage : Nom Patronymique : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse actuelle depuis le : Adresse à partir du :

Téléphone Portable : Mail :

Téléphone Domicile :

Composition de la famille

Situation familiale:

Nombre de personnes vivant au foyer :

Nom

Prénom

Age

Situation professionnel, scolaire

.....

.....

.....

.....

Demande d'aide financière

Objet de la demande

Date de la demande :

Nature de la demande:

Montant Facture ou devis:

Remboursement Assurance Maladie :

Remboursement Complémentaire santé :

Reste à charge (montant sollicité) :

S'agit-il d'une première demande ? Oui Non

Cette demande fait-elle suite à une hospitalisation ? Oui Non

Objet

Bénéficiaire :

de la CMU-C Oui Non En cours

de l'aide médicale d'état Oui Non En cours

de l'aide à la complémentaire santé (ACS) Oui Non En cours

Organisme complémentaire santé :

Adhérent à une mutuelle ou à un organisme Oui Non Si oui lequel ?

Bénéfice d'un remboursement ou d'une aide financière ?

de la caisse de sécurité sociale Oui Non

de la mutuelle Oui Non

d'une caisse complémentaire ou autre Oui Non

Aides accordées au cours des 12 derniers mois Oui Non

Organisme	Date	Objet	Montant

Avez-vous sollicité une aide pour le même motif auprès d'autres organismes Oui Non

Organisme	Date	Objet	Montant

Demande d'aide financière

Budget du ménage

RESSOURCES

CHARGES

	Assuré	Conjoint ou concubin	Autre personne		Charge
Traitement et salaire				Loyer	
Indemnités journalières				Accession à la propriété (-AL ou APL)	
Complément d'IJ				Participation à l'hébergement	
Pension d'invalidité				Electricité/Gaz/Chauffage	
Rente AT/MP				Eau/Assainissement	
Allocation d'assurance chômage				Téléphone	
Pension principale				Impôts sur le revenu	
Pension de réversion				Taxe foncière	
Retraites complémentaires				Taxe habitation	
RSA				Assurances (habitation, voiture...)	
AAH				Mutuelle	
Pensions et obligations alimentaires				Frais de garde/Cantines/Pensions	
Revenus de capitaux				Pensions et obligations alimentaires	
Prestations familiales				Crédits (non pris en charge)	
Prestations logement				Plan de surendettement	
Autres				Autres	
Revenus locatifs				Dettes, emprunts (cumul)	
Total		0	0	Total	
Total Ressources				Reste pour vivre	
Commentaire budget					

La commission de surendettement est-elle saisie ?

(joindre le justificatif)

Oui Non

Date saisine :

Je soussigné atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et autorise la communication des éléments de ma situation contenus dans ma demande aux instances et services de(s) l'organisme (s) concerné(s).

Je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire ci-dessous :

sur mon compte à un tiers (préciser le nom) :

Je m'engage à fournir les justificatifs utiles à l'instruction de mon dossier.

J'ai pris connaissance de mes droits et obligations tels que développés dans le cadre ci-dessous.

Fait à, le

Nom et signature du demandeur ou de son représentant

DROITS au regard de l'informatisation : La Loi N° 78-17 du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites dans le cadre de cette demande d'aide. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles auprès de la CARSAT ou de la CPAM.

OBLIGATIONS au regard des fraudes éventuelles : En vertu de l'article L 377.1 du Code de la Sécurité Sociale, est passible d'une amende de 3000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il échet.

Justificatifs à fournir

- dernier avis d'imposition
- justificatifs de vos ressources (bulletins de salaires, pension de retraite, retraites complémentaires, indemnités journalières sécurité sociale et complémentaires, pension d'invalidité, complément des caisses de prévoyance, AAH, complément AAH, RSA, RSA Activité, loyer, pension alimentaire
 - 3 derniers mois si vos ressources sont stables
 - 12 derniers mois si vos ressources sont irrégulières
- la prescription médicale (pour les frais d'optique, de pharmacie remboursable ou non, de séances de psychomotricité, de psychothérapie...)
- le devis ou la facture
(Pour les frais d'optique, de prothèses dentaires, de prothèses auditives, il est fortement conseillé de faire établir au moins 2 devis afin de limiter votre reste à charge)
- une attestation de votre complémentaire santé précisant le montant de sa participation
- la facture de votre complémentaire santé si vous ne bénéficiez pas de l'ACS ou d'une mutuelle d'entreprise
- un relevé des capitaux placés ou un état de situation de tous vos comptes bancaires

Où transmettre votre dossier ? Caisse d'Assurance Maladie du Morbihan

SAPRI
BP 20321
56021 VANNES CEDEX

Si votre demande est acceptée, vous en serez informé par courrier. L'attribution des aides financières est facultative, vous ne pouvez pas contester le montant des prestations accordées.

En cas de refus, une notification vous sera adressée. S'agissant de prestations extra-légales, l'assuré n'est pas fondé à faire appel devant quelques juridictions que ce soit.

RELEVÉ DES CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES OU NON (REMPLIR UN IMPRIME PAR PERSONNE)		
PRODUITS	CAPITAL	INTERETS PERÇUS OU CAPITALISÉS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE
Livrets d'Épargne ➤ 1 ^{er} livret ➤ 2 ^{ème} livret		
Livret d'Épargne Populaire (L.E.P.)		
C.O.D.E.V.I.		
Livret ou Compte Épargne Logement		
Bons d'Épargne, Bons de Caisse, Bons de capitalisation		
Épargne assurance vie		
Plan d'Épargne Populaire		
Obligations – Actions		
S.I.C.A.V. et Fonds Commun de placement		
Bons anonymes		
Autres (préciser) : ➤ Assurance vie ➤ ...		

JE SOUSSIGNE :

NOM.....

PRENOM.....

NOM DE JEUNE FILLE.....

NE(E) LE.....

ADRESSE.....

.....

AUTORISE LES ORGANISMES BANCAIRES A FOURNIR TOUS LES RENSEIGNEMENTS
UTILES SUR LE MONTANT DES CAPITAUX PLACÉS ET PRODUITS D'ÉPARGNE.

LE

SIGNATURE

VISA DE L'ÉTABLISSEMENT

BANCAIRE :

L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE :

ATTESTE QUE

M.....

N'A PAS À CE JOUR, DANS
NOTRE ÉTABLISSEMENT,
D'AUTRES FORMES D'ÉPARGNE
QUE CELLES INDICÉES CI-
DESSUS.

A

.....

LE