

DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE FINANCIÈRE

AFIN D'EXAMINER VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ COMPLÉTER LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE

N° Sécurité Sociale : _____

Nom : Prénom :

Nom marital :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail : ☎ (fixe)
① (portable)

Votre organisme de Sécurité Sociale :

Êtes-vous un Travailleur Indépendant : Oui Non

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

OBJET ET NATURE DE LA DEMANDE...

- Aide-ménagère Appareillage Auditif
 Fourniture médicale Optique Dentaire (prothèse), orthodontie
 Perte de salaire Ticket Modérateur Transport
 Décès Autre (à préciser)

Remarques particulières :

Ma demande est liée à :

- Une maladie Une maternité Une invalidité
 Une maladie professionnelle Un accident causé par un tiers Autre.....

Les Travaux, les soins ou l'achat ont-ils été effectués ? Oui Non

Montant sollicité : €

L'AIDE FINANCIÈRE EST DEMANDÉE POUR...

- Assuré Conjoint Enfant Autres.....

Nom : Prénom :

Nom marital : Date de naissance :

A-t-il une reconnaissance de travailleur handicapé ? Oui Non

SITUATION FAMILIALE...

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

COMPOSITION DU FOYER : L'ASSURÉ(E) ET LES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM & Prénom	Date de naissance	N° Sécurité Sociale	Lien de parenté	Situation (scolaire, étudiant, apprenti, salarié, chômage...)

RESSOURCES MENSUELLES DES MEMBRES DU FOYER

(Moyenne des **3 derniers mois** qui précèdent la demande de secours)

NOM & PRÉNOM					JUSTIFICATIFS À JOINDRE
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ					
Salaires nets					<i>Bulletin de salaire</i>
Indemnités Chômage					<i>Avis de paiement ou notification de refus de Pôle emploi</i>
Indemnités Journalières Sécurité Sociale					<i>Décompte ou attestation de paiement</i>
Complément employeur ou régime de prévoyance					<i>Notification de paiement ou attestation de refus de prise en charge</i>
Revenus d'activité non salariée					<i>Copie du dernier avis d'imposition sur les revenus</i>
PENSIONS ET RENTES					
Pension invalidité					<i>Décompte ou attestation de paiement</i>
Complément d'Invalidité : ASI ou complément prévoyance					
Majoration pour tierce personne					
Retraite CARSAT et autres régimes (MSA, RSI....)					<i>Notification de pension CARSAT (ou autre organisme)</i>
Retraites complémentaires					
Pension civile et militaire					<i>Attestation de versement</i>
Rente accident du travail ou rentes survivants					<i>Décompte de paiement</i>
Allocation compensatrice					<i>Attestation de versement</i>
PRESTATIONS SERVIES PAR LA C.A.F.					
Revenu de Solidarité Active (RSA)					<i>Attestation de versement de la CAF du mois qui précède la demande</i>
Allocation Adulte Handicapé (AAH)					
Allocations Familiales					
Complément Familial					
Allocation logement ou APL					
Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)					
Allocation de Soutien Familial					
Autre :					
REVENUS DIVERS					
Revenus mobiliers					<i>Justificatifs en votre possession</i>
Revenus fonciers					<i>Justificatifs en votre possession</i>
Bourses d'études supérieures (étudiant)					<i>Notification d'attribution (ou de refus)</i>
Pensions alimentaires perçues					<i>Copie du jugement de divorce</i>
Autres ressources (à préciser)					<i>Justificatifs en votre possession</i>
Total.....					

JUSTIFICATIFS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

NATURE DE VOTRE DEMANDE	JUSTIFICATIFS À JOINDRE
✚ AIDE MÉNAGÈRE (ménage, portages de repas)	Prescription médicale
✚ APPAREILLAGE, MATÉRIEL MÉDICAL	Prescription médicale + facture/devis
✚ DENTAIRE, ORTHODONTIE	Prescription médicale + 2 devis différents dont le 100 % santé
✚ APPAREIL AUDITIF	Prescription médicale + 2 devis différents dont le 100 % santé
✚ OPTIQUE	Prescription médicale + 2 devis différents dont le 100 % santé
✚ FOURNITURES MÉDICALES NON REMBOURSÉES	Refus de remboursement de votre caisse d'affiliation + Facture/devis + prescription médicale <u>détaillée</u>
✚ FORFAIT JOURNALIER	Facture détaillée du Centre Hospitalier
✚ TICKET MODÉRATEUR	Facture détaillée ou relevé de remboursement + attestation de votre complémentaire santé précisant le refus de prise en charge.
✚ PERTE DE SALAIRE LIÉE À LA MALADIE (ACCIDENT DE TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE, INVALIDITÉ OU MATERNITÉ)	Bulletin de salaire avant l'arrêt de travail, décompte indemnités journalières
✚ PSYCHOMOTRICITÉ – PSYCHOTHÉRAPIE	Prescription médicale <u>détaillée</u> , devis, attestation d'un établissement <u>public</u> notifiant un refus ou le délai d'attente, attestations de la MDPH, de la CAF et/ou du Conseil Départemental



PIÈCES COMPLÉMENTAIRES NÉCESSAIRES À L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER :

- Dernier avis d'imposition concernant chaque contribuable identifié au domicile du demandeur.
- Copie des justificatifs des ressources des membres du foyer (3 mois qui précèdent la demande).
- Attestation de paiement des prestations familiales délivrées par la C.A.F.
- Justificatif de paiement de loyer.
- Copie des devis ou des factures acquittées.
- Décomptes de Sécurité Sociale et de mutuelle (ou notifications de refus).

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,

Dans la mesure où le dossier ne peut être exploité pour justificatifs absents, celui-ci vous sera retourné pour complément d'information.

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

**CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE L'ARTOIS
Service Action Sanitaire et Sociale
11 Bd Allende
CS 90014
62014 ARRAS CEDEX**

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 36 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent.