

Justificatifs à joindre en fonction de votre situation

● Justificatifs des ressources des 3 mois précédant la demande

Ressources (salaires, pensions, chômage...) du au

Dernier avis d'imposition ou de non imposition du

Numéro d'allocataire CAF

● Autres justificatifs

Justificatifs des charges de logement (loyer, électricité, eau, gaz, assurance habitation, taxes...)

Original de devis ou de facture ou de décompte CPAM *

Prescription médicale

Attestation détaillée de la part remboursée par vos/votre organisme complémentaire

Bulletin d'hospitalisation

● Votre signature

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

à le Signature

Afin de vous satisfaire dans les meilleurs délais, vous êtes invité à retourner ce document par la poste à votre Caisse primaire d'assurance maladie, ou à le déposer dans l'un de ses accueils.

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Maine-et-Loire

32, rue Louis Gain

49937 ANGERS Cedex 9

Tél. : 36 46 (0,06€ l'appel + 0,06€ / minute, depuis un poste fixe)

www.amelli.fr

Une non réponse de votre part entraînerait un classement sans suite.

La présente déclaration n'exclut pas dans certains cas, une évaluation sociale.

Si cette demande est acceptée, vous en serez informé par courrier et recevrez selon le mode de paiement habituel, la somme qui vous a été allouée par la Commission déléguée par le Conseil de la Caisse.

Cependant, l'attribution des aides exceptionnelles et des prestations supplémentaires étant essentiellement facultative, vous ne pourriez pas contester le montant des prestations accordées.

En cas de refus de la Commission compétente, une notification vous sera adressée.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de faux, de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 114, 13 du code de la sécurité sociale et 441, 1 du code pénal).

Action sanitaire et sociale

Demande de prestations supplémentaires et d'aides financières

Renseignements concernant l'assuré(e)

● Identité

Numéro de sécurité sociale

Nom Nom de jeune fille

Prénom

Adresse

Code postal Tél Courriel

● Situation

En activité depuis le

Nom de l'employeur

En arrêt de travail depuis le Retraité

Chômage indemnisé depuis le Chômage non indemnisé depuis le

Allocation adulte handicapé Bénéficiaire du RMI

Invalide Autre situation

Renseignements concernant le bénéficiaire

● Identité

Nom Prénom Date de naissance

Composition de la famille

● Situation familiale

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Vie maritale Divorcé(e) Veuf ou veuve PACS

Nombre de personnes vivant au foyer

Nom	Prénom	Parenté	Date de naissance	Situation (salarié, pensionné, scolaire, ...)

Objet de la demande

Motif de la demande (joindre les justificatifs)

Cette demande fait-elle suite à une hospitalisation ? OUI NON

Dates de l'hospitalisation : du au (joindre un bulletin d'hospitalisation)

Montant de l'aide sollicitée Montant des frais engagés

Pouvez-vous bénéficier d'un remboursement ou d'une participation financière ? OUI NON

de votre caisse de sécurité sociale (joindre le décompte)

de votre mutuelle (joindre l'attestation ou le décompte)

d'une caisse complémentaire ou autre (joindre l'attestation ou le décompte)

Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Complémentaire ? OUI NON

Bénéficiez-vous d'une aide à la complémentaire santé ? OUI NON

Aides financières accordées au cours des 12 derniers mois

Date	Objet	Montant

Code Prestation : SOR SSD PS BCP PSH PFD AAF DIN DIB DIA DIS DIL DIT DIF SEJ SEP SSO SSA

8023.1.012

Budget mensuel du ménage

- Joindre les justificatifs des 3 derniers mois précédant votre demande -

● Ressources (mensuelles)

● Charges (mensuelles)

	Madame	Monsieur	Autres personnes au foyer	Charges
Salaire net imposable <small>(y compris primes et heures supplémentaires)</small>				
Indemnités journalières <small>(maladie, maternité, accident de travail)</small>				
Complément d'indemnités journalières <small>(caisse de prévoyance)</small>				
Autre revenu d'activité				
Pension d'invalidité <small>(y compris F.S.I.)</small>				
Complément d'invalidité <small>(caisse de prévoyance)</small>				
Rente				
accident du travail				
Indemnités chômage				
Retraite				
Retraites complémentaires				
R.S.A.				
A.A.H.				
Revenus de capitaux fonciers et mobiliers				
Prime de licenciement				
Pension de reversion				
Prestations familiales				
A.F.				
Complément familial				
A.S.F.				
A.P.E.				
P.A.J.E.				
Rente éducation				
Allocation logement				
Allocation Tierce personne				
APA - PCH				
Pension alimentaire				
Autres ressources (1)				
Total				
Ressources totales de la famille				
Charges				
<i>Cocher la case correspondante</i>				
Logement				
<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Hébergé				
Loyer			
Mensualité d'accession à la propriété				
Charges locatives				
E.D.F./G.D.F.				
Eau				
Chauffage				
Taxe d'habitation				
Taxe foncière				
Assurance habitation				
Charges totales du logement				

(1) Préciser : revenus d'épargne...

La commission de surendettement est-elle saisie ? OUI

NON Date de la saisine :

Toutes les ressources, même non imposables, doivent être déclarées.