

# DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES OU DE SECOURS EXCEPTIONNELS

Madame, Monsieur,

Confronté à des difficultés financières liées à la maladie, vous pouvez solliciter l'Action Sanitaire et Sociale de la Cnam pour l'attribution de secours exceptionnels et prestations supplémentaires.

**Du fait de leur caractère non obligatoire, les décisions prises ne peuvent faire l'objet d'aucun recours.**

**Merci de remplir ce document avec attention.**

**Pour tout conseil ou information, n'hésitez pas à nous appeler au 36 46.**

Vous pouvez également consulter une assistante sociale (adresse en mairie).

## ASSURÉ(E)

Monsieur

Madame

Votre nom : \_\_\_\_\_

Votre prénom : \_\_\_\_\_

Votre date de naissance :       /    /

Votre adresse complète : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° de tél domicile (facultatif) : \_\_\_\_\_ N° de tél portable ou travail : \_\_\_\_\_

Votre N° de Sécurité Sociale :   

Votre N° d'allocataire Caf (si vous en possédez un) :   

• Etes-vous bénéficiaire de la CMUC  oui  non  
(Couverture Maladie Universelle Complémentaire)

• Avez-vous une mutuelle ?  oui  non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

• Avez-vous déposé un dossier auprès de la commission de surendettement de la banque de France ?  oui  non

## NATURE DE VOTRE DEMANDE

Vous sollicitez une aide :

**Pour des frais médicaux, d'appareillage ou de fournitures médicales...** (détailler) :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Qui est malade ? \_\_\_\_\_
  - Date des soins et durée : \_\_\_\_\_
  - S'agit-il d'un accident ? Non  Oui  Date : \_\_\_\_\_  
→ Avec un tiers responsable ? Oui  Non   
Montant des indemnités ou provisions perçues : \_\_\_\_\_
  - Montant des frais ou devis (joindre les justificatifs) : \_\_\_\_\_  
→ Si la demande concerne des frais de transport, indiquer :
    - le lieu et la nature du traitement médical \_\_\_\_\_
    - le moyen de transport utilisé \_\_\_\_\_
  - Montant pris en charge par votre mutuelle : \_\_\_\_\_  
→ **Fournir le devis détaillé remis par la mutuelle.**
  - Avez-vous sollicité une aide auprès d'autres organismes ? Non  Oui  Montant obtenu \_\_\_\_\_

**Pour faire face à des difficultés financières** (préciser) : \_\_\_\_\_

### RÈGLEMENT À UN TIERS

"En cas d'attribution d'une aide financière, j'autorise la Caisse à la verser directement au professionnel de santé, fournisseur ou créancier concerné par ma demande."

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature

## VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

▶ **ASSURÉ(E)** :  Célibataire  Marié  Vie maritale ou PACS  Divorcé  Séparé  Veuf  Famille monoparentale

Situation professionnelle : \_\_\_\_\_

▶ **CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)** : Prénom : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Situation professionnelle : \_\_\_\_\_

▶ **ENFANTS ET AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE :**

Nom et prénom	Lien de parenté fille, fils, neveu, enfant recueilli, parent...	Date de naissance	Situation actuelle fille, fils, neveu, enfant recueilli, parent...
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

▶ **AVEZ-VOUS (VOUS MÊME OU VOTRE CONJOINT) ÉTÉ INDEMNISÉ RÉCEMMENT ?** (indiquer les périodes)

• Au titre de l'Assurance Maladie ? \_\_\_\_\_

• Au titre accident du travail ? \_\_\_\_\_

Percevez-vous : une pension d'invalidité ? Oui  Non  Catégorie

une rente AT Oui  Non  Taux  Depuis quelle date ?

## VOS REVENUS

	Assuré	Conjoint / Concubin	Enfants	Autres personnes au foyer
<b>Salaires nets imposables</b>				
<b>Indemnités journalières nettes</b> <small>(maladie, maternité, accidents du travail)</small>				
<b>Complément aux indemnités journalières</b> <small>versé par l'employeur ou la caisse de prévoyance</small>				
<b>Allocation de chômage</b>				
<b>Pension</b> <small>(invalidité, retraite...)</small>				
<b>RSA</b>				
<b>Prestations CAF AF, CF, AL ou APL, AAH, autres</b> (préciser)				
<b>Pension alimentaire reçue</b>				
<b>Revenus mobiliers ou immobiliers</b>				
<b>Autres revenus</b> (préciser)				

## IMPORTANT

▼ ▼ ▼

Merci de remplir ces rubriques en indiquant vos ressources actuelles mensuelles.

▼ ▼ ▼

Joindre impérativement :

1- Les justificatifs de vos ressources du **dernier mois échu** (bulletins de salaires ou Assedic, ou attestation de l'employeur précisant **les salaires nets imposables** du mois, ou notification de pension).

2- Votre **dernier avis d'imposition** ou de non imposition.

## VOS CHARGES

► **LOGEMENT :**     Vous êtes propriétaire ou en accession à la propriété     Vous êtes locataire     Vous êtes logé gratuitement

- Montant du loyer (hors charges) : \_\_\_\_\_

- Montant du remboursement d'accession à la propriété : \_\_\_\_\_

→ Prise en charge du remboursement par une assurance    Oui     Non     montant : \_\_\_\_\_

► **PENSION ALIMENTAIRE VERSÉE**, (le cas échéant) montant mensuel : \_\_\_\_\_

▼ ▼

Joindre les justificatifs (dernier mois échu)

### ATTENTION !

**Pour que votre dossier soit traité rapidement :**

Avez-vous répondu à toutes les questions qui vous concernent ?

Avez-vous joint les justificatifs demandés ? (frais médicaux, ressources, charges...)

Datez et signez votre demande.

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints

À \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature :



## INFORMATIONS PRATIQUES

### ► PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE DE SECOURS EXCEPTIONNEL OU PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

#### 1- Pour toute demande :

- Justificatifs de l'ensemble des ressources des personnes vivant au foyer pour le mois qui précède cette demande (bulletins de salaires, attestation de paiement Pôle Emploi, indemnités journalières et compléments aux indemnités journalières, pension d'invalidité ou de retraite, RSA, prestations CAF, pensions alimentaires versées ou reçues, rente...),
- copie de l'avis d'imposition ou de non imposition pour l'année,
- quittance de loyer ou tableaux d'amortissement des prêts d'accession à la propriété,
- tout autre document utile à l'analyse de vos ressources et charges.

#### 2- Pour les frais médicaux (dentaire, optique, fournitures...) :

- devis ou facture du professionnel de santé ou du fournisseur datant de moins de 6 mois,
- devis ou décompte de remboursement de votre mutuelle.

### ► Comment connaître la suite réservée à votre demande ?

Les dossiers complets sont examinés par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale qui se réunit chaque semaine.

Dès que la décision aura été prise, vous serez immédiatement informé par courrier.

## IMPORTANT

#### Art. L114.13 du Code de la Sécurité Sociale

"Est passible d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant."

#### Art. L441-1 du Code Pénal

"Tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion."

*La loi du 78/17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.*