

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 Depuis quelle date ?
une rente AT Oui Non Taux

VOS REVENUS

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

IMPORTANT

▼ ▼ ▼

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

▼ ▼ ▼

Joindre
impérativement :

**1- Les justificatifs de
vos ressources du
dernier mois échs**
(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.