



DEMANDE DE PARTICIPATION FINANCIÈRE AU TITRE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Vous êtes confronté(e) à des dépenses liées à un accident, une maternité ou une maladie. Votre situation financière vous empêche d'accéder aux soins de santé.

ASSURÉ

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Ville : ☎ :
.....

Disposez-vous d'un compte ameli ? oui non

N° de Sécurité Sociale :
.....

N° d'allocataire CAF :

Situation : Marié(e)/pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Veuf(ve)

BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ)

Assuré Conjoint(e) (*Concubin(e), partenaire PACS*) Enfant

Nom : Prénom(s) :

OBJET DE VOTRE DEMANDE

Frais optique⁽¹⁾ Frais dentaires⁽¹⁾ Frais auditifs⁽¹⁾ Frais d'hospitalisation

⁽¹⁾ Hors 100 % Santé (joindre un justificatif médical et un devis)

Aide à l'adhésion d'une mutuelle Aide ménagère Aide due à une baisse de ressources

Handicap : votre handicap a été reconnu avant 60 ans ? oui ⁽²⁾ non

⁽²⁾ Si votre handicap a été reconnu avant 60 ans, vous devez faire une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). En cas de refus, nous adresser votre demande accompagnée de la notification de refus.

Autre :

Détaillez votre demande :
.....
.....
.....
.....

COMPOSITION DU FOYER

| | Nom et Prénom | Date de naissance | N° de Sécurité sociale | Situation (salarié, arrêt de travail, chômeur...) |
|----------------------------|---------------|-------------------|------------------------|--|
| Conjoint(e) | | | | |
| Enfants de moins de 25 ans | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Parents (à charge) | | | | |
| | | | | |

CHARGES DES PERSONNES VIVANT DANS LE FOYER

(joindre les justificatifs et/ou décomptes bancaires des 3 mois précédant la demande)

| Êtes-vous : <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire | Montant mensuel en euros (€) |
|--|------------------------------|
| Prêt immobilier ou loyer | |
| Assurance (logement, habitation, automobile) | |
| Eau | |
| Électricité | |
| Gaz | |
| Téléphone / Internet | |
| Impôt sur le revenu | |
| Taxes (habitation, foncière, redevance TV, ordures ménagères et/ou autres) | |
| Mutuelle | |
| Pensions alimentaires versées / prestation compensatoire | |
| Remboursement de crédit / prêt | |
| Frais de scolarité | |
| Endettement | |

| Nature des ressources | Assuré | Conjoint(e) | Autres pers. | Pièces à fournir |
|---|---|---|--------------|---|
| Revenus liés à une activité | | | | |
| Salaires nets | € | € | € | <input type="checkbox"/> Bulletins de salaire |
| Indemnités de chômage | € | € | € | |
| Indemnités journalières Sécurité Sociale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | € | |
| Complément employeur ou régime de prévoyance | € | € | € | <input type="checkbox"/> Avis de paiement ou attestation de non prise en charge |
| Revenus d'activité non salariée | € | € | € | <input type="checkbox"/> Copie intégrale du dernier avis d'imposition sur les revenus |
| Pensions et rentes | | | | |
| Pension invalidité | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | € | <input type="checkbox"/> Décompte ou attestation de paiement Autres Personnes |
| Complément d'invalidité : FSI ou complément prévoyance | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | € | |
| Majoration tierce personne | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | € | |
| Retraite CARSAT et autres régimes (MSA) | € | € | € | <input type="checkbox"/> Copie de la déclaration préremplie des revenus ou notification de pension |
| Retraites complémentaires | € | € | € | |
| Pension civile et militaire | € | € | € | <input type="checkbox"/> Attestation de versement |
| Rente accident du travail ou rentes survivants | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | € | <input type="checkbox"/> Décompte ou attestation de paiement Autres Personnes |
| Allocation compensatrice | € | € | € | <input type="checkbox"/> Attestation de versement |
| Prestations servies par la CAF | | | | |
| Différentes prestations (aides pour la famille et/ou pour le logement) | € | € | € | <input type="checkbox"/> Attestation de versement de la CAF des 3 mois précédents |
| Revenus divers | | | | |
| Revenus mobiliers | € | € | € | <input type="checkbox"/> Copie intégrale des derniers avis d'imposition, des déclarations de revenus et leurs annexes |
| Revenus fonciers | € | € | € | |
| Autres ressources (préciser) | € | € | € | |
| Pensions alimentaires reçues | € | € | € | <input type="checkbox"/> Justificatif de versement ou jugement de divorce |
| Bourses d'études supérieures (étudiant) | € | € | € | <input type="checkbox"/> Notification d'attribution ou de refus |

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE À LA DEMANDE

| Pour les soins réalisés | Pour les soins non réalisés |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Factures originales ou quittances des frais réalisés <input type="checkbox"/> Décomptes de remboursement des complémentaires (mutuelle, caisses de prévoyance...) <input type="checkbox"/> Orthodontie : plan de traitement et diagnostic (pour les bénéficiaires de + 16 ans). <input type="checkbox"/> Justificatifs de dettes | <input type="checkbox"/> 3 devis de prestataires différents (optique ou auditif) <input type="checkbox"/> 1 devis (frais dentaires ou orthodontie) <input type="checkbox"/> Orthodontie non remboursable : documents médicaux <input type="checkbox"/> Attestation des organismes complémentaires précisant le montant de leur participation (mutuelle, caisses de prévoyance...) |

AIDES FINANCIÈRES ACCORDÉES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

| Organisme | Date | Montant | Objet de l'aide accordée |
|-----------|------|---------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE (MUTUELLE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE...)

Vous bénéficiez de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) : oui non

Vous bénéficiez d'une mutuelle : oui Laquelle : _____ non

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration et atteste n'avoir aucune autre ressource.*

Fait à _____ Le ____/____/____ Signature :

Votre dossier de demande d'aide accompagné des pièces justificatives est à transmettre :



Par courrier :
 CPAM de Roubaix-Tourcoing
 2 place Sébastopol
 CS 40700 - 59208 Tourcoing cedex

OU



Directement dans l'un de nos accueils dont vous trouverez la liste et les horaires sur ameli.fr

* La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (articles L.377.1 du code de la sécurité sociale et 441.1 du nouveau code pénal). Loi 78.17 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.