

DEMANDE D'UNE AIDE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE

Si vous avez moins de 150 € à payer
après déduction de la part Sécurité sociale et de la part de votre Complémentaire santé,
veuillez compléter ce dossier en évitant de **SURLIGNER** celui-ci.

Quelle que soit la décision prise par la commission d'Action Sanitaire et Sociale, vous serez informés par courrier

Votre dossier de demande d'aide accompagné des pièces justificatives est à envoyer à l'adresse suivante :

CPAM de la Côte d'Opale
Service Action Sociale
35 rue Descartes - CS 90001
62100 Calais Cedex

Ou à déposer lors d'un rendez-vous dans nos accueils dont vous trouverez la liste et les horaires sur ameli.fr

Pour prendre rendez-vous composez le 3646

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ


N° sécurité sociale :


Nom : Prénom :

Nom marital :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail :  (fixe)

 (portable)

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Vous êtes bénéficiaire de :

la CSS* la C SSP* l'ALAS* une mutuelle

un contrat assurance santé

Une demande est en cours pour :

la CSS* la C SSP* l'ALAS*

Nom et adresse de votre mutuelle ou contrat assurance santé :

Joindre **OBLIGATOIREMENT** la notification de participation ou de non-participation de la complémentaire Santé

Avez-vous sollicité le fonds social de cet organisme ? Non Oui

la demande est en cours la demande est refusée

la demande est acceptée Montant accordé :

Joindre **OBLIGATOIREMENT** la copie de la notification de décision de cet organisme

* CSS Complémentaire Santé Solidaire - C SSP Complémentaire Santé Solidaire Participative - ALAS Aide Locale à l'Accès aux Soins

OBJET DE LA DEMANDE

L'octroi d'une aide est strictement lié aux dépenses causées par la maladie, la maternité, l'accident du travail et à leurs conséquences directes dans le foyer. Cela peut ainsi concerner :

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Orthodontie
Enfant | <input type="checkbox"/> Forfait Journalier > 3 jours |
| <input type="checkbox"/> Ticket
modérateur | <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Semelles
orthopédiques | <input type="checkbox"/> Prothèse mammaire,
capillaire |
| <input type="checkbox"/> Frais funéraires pour un enfant ou pour un assuré laissant à charge au moins un enfant | | | |
| <input type="checkbox"/> Autres | | | |

Toute demande relative au Handicap est à adresser à la MDPH (prothèse auditive...)

LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE POUR L'ÉTUDE DES RESSOURCES ET DES CHARGES

La période de référence pour laquelle il vous est demandé un montant déclaratif est :

- **la date du devis** quand les soins ne sont pas encore réalisés (dentaire, orthodontie, optique, petit appareillage, bilan orthophonique, bilan ergothérapeute, bilan psychomoteur, médicaments non remboursables...),
- **la date des soins** quand ils sont réalisés (soins pédicure, frais de laboratoire, ticket modérateur, dentaire, optique, petit appareillage, bilan orthophoniste, bilan ergothérapeute, bilan psychomoteur, frais de transport pour suivre examen médical, médicaments non remboursables...),
- **la date du début de l'hospitalisation** (forfait journalier, ticket modérateur...),
- **la date du décès** (frais funéraires)

Indiquez votre période de référence

L'AIDE FINANCIÈRE EST DEMANDÉE POUR

- | | | | |
|---------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assuré | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Concubin | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) |
| <input type="checkbox"/> Enfant | <input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire : | | |

Nom : Prénom :

Nom marital : Date de naissance :

AUTRES FINANCEURS

Avez-vous sollicité pour le même motif une aide auprès d'autres organismes ?

- Non Oui

Si oui : lesquels ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> la demande est en cours | <input type="checkbox"/> la demande est refusée |
| <input type="checkbox"/> la demande est acceptée | Montant accordée : |

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie de la notification de décision de ces organismes

SITUATION FAMILIALE DU DEMANDEUR

- Célibataire Marié Concubinage Séparé(e) Divorcé(e)
 Veuf(ve) Pacsé(e)

Composition du foyer : l'assuré(e) et les personnes vivant au foyer

NOM Prénom	Numéro de sécurité sociale	Date de Naissance	Lien de parenté	Situation (scolaire, étudiant, apprenti, salarié, chômage indemnisé ou non)

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Montant Mensuel

Etes-vous :

Locataire (loyer sans charges)

.....€

Colocataire (loyer sans charges)

.....€

Propriétaire

En Accession à la Propriété

.....€

1 - Avez-vous un prêt immobilier ?

Non

Oui

Mensualités sans charges

.....€

2 - Les mensualités du crédit d'accession à la propriété sont elles actuellement prises en charge par une assurance ?

Non

Oui

Hébergé à titre gracieux - Par qui ?

Lien de parenté

(préciser **OBLIGATOIREMENT** les ressources du foyer hébergeant)

Logement différent de celui de l'hébergeant

(joindre **OBLIGATOIREMENT** une attestation sur l'honneur)

Pension alimentaire versée (joindre jugement ou dernier avis d'imposition)

.....€

Avez-vous un dossier de surendettement à la Banque de France ?

Non

Oui

Précision importante : une réponse positive à cette question n'a aucun impact sur la décision prise par les conseillers (accord et montant)

RÉCAPITULATIF DES MONTANTS DÉCLARATIFS RELATIFS AUX RESSOURCES POUR LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE DE TOUTES LES PERSONNES VIVANT AU FOYER

	Montant déclaratif MENSUEL		
	Mois 1	Mois 2	Mois 3
REVENUS LIÉS A L'ACTIVITÉ			
Salaires nets			
Indemnités Chômage			
Indemnités Journalières Sécurité Sociale			
Complément employeur ou prévoyance			
Revenus d'activité non salariée			
PENSIONS ET RENTES			
Pension invalidité			
Complément d'Invalidité : ASI ou complément prévoyance			
Retraite CARSAT / autres régimes (MSA, RSI...)			
Retraites complémentaires			
Pension civile et militaire			
Rente accident du travail ou rentes survivants			
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF			
Revenu Solidarité Active (RSA)			
Allocation Adulte Handicapé (AAH)			
Allocations Familiales			
Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)			
Autres prestations CAF : ASF, PAJE, AJPP, adoption			
REVENUS DIVERS			
Revenus mobiliers			
Revenus fonciers			
Pensions alimentaires perçues (alimentaire ou compensatoire)			
Autres ressources (à préciser)			

RÉCAPITULATIF DES AUTRES PIÈCES A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT POUR LES 3 MOIS DE RÉFÉRENCE (CF PAGE 2)

1. Attestation de la complémentaire santé indiquant le montant de la participation détaillée pour chaque prestation
2. Devis original détaillé établi par un professionnel de santé (pour les soins programmés) ou facture originale ou avis de somme à payer pour les forfaits journaliers en cas d'hospitalisation
3. Prescription médicale sauf pour les soins dentaires et orthodontie, pertes de revenus, frais funéraires et forfaits journaliers

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. J'ai pris connaissance de l'art. 377.1 notifié ci-dessous :

Fait à, Le

Signature de l'assuré ou de son représentant légal
L'envoi de ce document en dématérialisé vaut signature

Art 377.1 code Sécurité Sociale : *Sont punis d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations. Les dispositions des articles 34, 35, 36 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent.*

S'il manque des justificatifs au dossier, celui-ci fera l'objet d'un courrier pour complétude du dossier ce qui en retardera l'étude par la commission

Si votre dossier concerne l'une des situations suivantes, répondez aux questions et joignez les justificatifs nécessaires à l'étude de votre dossier

**BILAN ERGOTHÉRAPEUTE - PSYCHOMOTEUR - PSYCHOLOGIQUE OU NEUROPSYCHOLOGIQUE
POUR UN ENFANT DE MOINS DE 18 ANS ET SÉANCES ERGOTHÉRAPIE - PSYCHOMOTRICITÉ -
PSYCHOTHÉRAPIE OU NEUROPSYCHOLOGIE POUR UN ENFANT DE MOINS DE 18 ANS...**

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie de la prescription médicale du bilan ou des séances ou joindre un courrier justificatif du prescripteur

Dans le cas où vous ne percevez pas l'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) pour cet enfant, faites-vous ce bilan pour compléter une demande d'AEEH auprès de la MDPH (Maison Départementale pour le Handicap) ?

Oui Non Demande en cours

Percevez-vous une aide financière par un autre dispositif pour financer ce bilan (exemple : le Programme de Réussite Éducative) ? Oui Non

Aide attribuée par Montant :

Avez vous sollicité un centre de prise en charge pour ce suivi ? (Centre Médico Psychologique)

Oui Non

Si oui, pourquoi ne réalisez-vous pas le suivi dans ce centre ?

Si non, pourquoi ?

SÉANCES ERGOTHÉRAPIE - PSYCHOTHÉRAPIE POUR UN ADULTE

Joindre OBLIGATOIREMENT la prescription médicale pour ces séances ou joindre un courrier justificatif du prescripteur

Avez vous sollicité un centre de prise en charge pour ce suivi ? (Centre Médico Psychologique)

Oui Non

Si oui, pourquoi ne réalisez-vous pas le suivi dans ce centre ?

Si non, pourquoi ?

Toute autre demande relative au Handicap est à adresser à la MDPH (Maison Départementale Pour le Handicap)