

Demande d'attribution d'une prestation extra-légale

(afin d'examiner votre demande, veuillez remplir les rubriques de ce questionnaire)

Identification de l'assuré(e)

N° sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone fixe : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Téléphone portable* : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse mail* :

Votre organisme de Sécurité Sociale :

N° allocataire CAF : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nom, prénom, coordonnées du travailleur social ou de l'organisme qui vous accompagne dans votre demande :

*J'accepte que mon numéro de téléphone portable et mon adresse mail soient utilisés par l'Assurance maladie pour diffuser des informations générales OUI NON

Votre demande concerne

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ticket modérateur et forfait journalier | <input type="checkbox"/> Frais d'obsèques |
| <input type="checkbox"/> Frais dentaires (prothèses, orthodontie, autres) | <input type="checkbox"/> Produits ou actes non remboursables |
| <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Transport |
| <input type="checkbox"/> Prothèses auditives | <input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques |
| <input type="checkbox"/> Aide à domicile | <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) |

Nom, prénom du bénéficiaire :

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Caisse d'affiliation : CPAM MSA MGEN Autres :

Assuré(e) Conjoint(e) Vie maritale avec l'assuré(e) Enfant Autre bénéficiaire

A-t-il une reconnaissance de travailleur handicapé ? OUI NON

Situation familiale

- Célibataire Marié(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Composition de la famille (l'assuré(e) et les personnes vivant au foyer) :

	Nom - Prénom	N° Sécurité Sociale	Date de naissance	Lien de parenté	Situation : scolaire, étudiant, apprenti, salarié, chômage indemnisé ou non, ...
Assuré ...					
Conjoint ou concubin ...					
Enfant ...					
Autres personnes vivant au foyer					

RESSOURCES DU FOYER

AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

Joindre obligatoirement tous les justificatifs des ressources indiquées

NATURE DES RESSOURCES	ASSURÉ	CONJOINT	ENFANTS ET/OU AUTRES
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ			
Salaires nets			
Indemnités chômage			
Indemnités journalières (Sécurité Sociale)			
Complément employeur ou régime de prévoyance			
Revenu d'activité non salariée			
PENSIONS ET RENTES			
Pension invalidité			
Complément d'invalidité : FSI ou complément prévoyance			
Majoration tierce personne			
Retraite CARSAT et autres régimes (MSA, RSI)			
Retraites complémentaires			
Pension civile et militaire			
Rente accident du travail ou rentes survivants			
Allocation compensatrice, APA, allocation veuvage ...			
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF			
Revenu Solidarité Active (RSA)			
Allocation Adulte Handicapé (AAH)			
Allocations familiales			
Allocation logement ou aide personnalisé au logement			
Allocations d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)			
Autres prestations CAF (ASF, PAJE, APP, ADOPTION, ...)			
REVENUS DIVERS			
Revenus mobiliers, fonciers, placements bancaires <i>(fournir attestation bancaire)</i>			
Prestation Compensation du Handicap (MDPH)			
Pensions alimentaires <i>(joindre le jugement de divorce ou un autre justificatif)</i>			
Autres ressources <i>(préciser)</i>			
TOTAL			

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Joindre les justificatifs* du mois précédant la demande

Êtes-vous :	MONTANT MENSUEL EN EUROS	*JUSTIFICATIFS À JOINDRE OBLIGATOIREMENT
<input type="checkbox"/> Locataire		Quittance du loyer, avec la mention du montant hors charges
<input type="checkbox"/> Colocataire		
<input type="checkbox"/> Propriétaire Avez-vous un prêt en cours pour accession à la propriété ? (hors travaux) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Les mensualités du crédit d'accession à la propriété sont-elles prises en charge actuellement par une assurance ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		Copie de l'échéancier du prêt bancaire
<input type="checkbox"/> Hébergé		Nous contacter pour une attestation modèle, si besoin
Pensions alimentaires		Jugement de divorce ou autre justificatif
Surendettement <input type="checkbox"/> oui (<i>joindre les justificatifs</i>) <input type="checkbox"/> non		

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par un Organisme Complémentaire?

- NON OUI Mutuelle
 CMU Complémentaire

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre mutuelle :
N° d'adhérent

Si votre complémentaire prend en charge une partie des frais concernant votre demande, indiquez le montant : euros.

Joindre OBLIGATOIREMENT la notification de participation ou de non participation de l'organisme complémentaire, ou la simulation de remboursement

AUTRES FINANCEURS

Avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes ?

- NON OUI Mutuelle
 CMU Complémentaire
 MDPH
 Conseil Général
 Autres (à préciser) :

Une aide vous a-t-elle été accordée ? NON OUI (joindre la copie de la décision de notification)

PRÉCISER OBLIGATOIREMENT L'OBJET ET LA NATURE DE LA DEMANDE

Je sollicite une aide exceptionnelle pour :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le montant de ma demande s'élève à : euros.

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.

Fait à : Le : __ / __ / 20 __

Signature :

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

- votre dernier avis d'imposition sur les revenus
- l'attestation de la mutuelle (même si elle ne participe pas), ou le décompte du remboursement
- le/les devis ou la facture acquittée
- la prescription médicale
- pour une demande d'aide à domicile : un certificat médical de votre médecin traitant, confirmant le nombre d'heures par semaine et la durée de l'intervention
- pour une demande de frais d'obsèques : l'ensemble des ressources de la personne qui a la charge des frais en attente de paiement, ainsi qu'une attestation du notaire confirmant les droits de succession
- autres documents :
-

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

CPAM DE L'YONNE
Service Action Sociale
1 et 3 rue du Moulin
89024 AUXERRE Cedex

3646 Service 0,06 € / min
+ prix appel