

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 | | | |

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