

Dossier n°	code presta ASS	mutuelle	code précarité
Date de réception de la demande :			
Date de commission :			

Demande de participation au titre de l'Action Sanitaire et Sociale

Vous avez sollicité une demande de prestations auprès de la commission d'Action Sanitaire et Sociale.
Afin de pouvoir y donner suite, veuillez remplir cet imprimé et nous le retourner accompagné des pièces justificatives.

Assuré(e)

nom : _____ prénom : _____
 adresse : _____
 Tél. : _____

Mail. : _____

célibataire marié vie maritale divorcé séparé veuf(ve)

n° de sécurité sociale : _____ date de naissance : _____

CPAM : _____ autre organisme : _____

n° allocataire CAF : _____ CAF de : _____

Bénéficiaire

nom : _____ prénom : _____
 date de naissance : _____

médecin traitant déclaré : oui non

Composition de la famille (demandeur inclus)

nom - prénom	date de naissance	parenté	situation prof./scolarité	employeur	depuis le
M					
Mme					
Enfants au foyer de - de 25 ans					
Autres personnes au foyer					

Avez-vous fait une demande, pour le même motif à un ou plusieurs organismes ? oui non

Si oui, lesquels ? _____

Montant(s) accordé(s) par ce ou ces organismes _____

Cette demande fait-elle suite à un accident ? oui non

(de droit commun ou du travail)

Si oui, date de l'accident : _____ Y-a-t-il un tiers responsable ? oui non

Complémentaire santé

Etes-vous adhérent à un organisme complémentaire ? oui non

(mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance, ...)

Si oui, nom et adresse : _____

Date d'adhésion _____ n° d'adhérent : _____

Budget de la famille : ressources précédant la demande

nature des ressources	bénéficiaire		assuré		conjoint, concubin, partenaire		enfants ou autres personnes au foyer	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assedic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
indemnités journalières sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
complément IJ (employeur, caisse de prévoyance...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rente accident du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allocation adulte handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
majoration pour vie autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraites principales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraites complémentaires (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ressources								
pension alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rente viagère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ressources immobilières, mobilières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aide personnalisée à l'autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bourse étudiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dossier déposé à la Commission de surendettement ? oui non

Si oui, date : _____ plan de surendettement : _____ date de début : _____ date de fin : _____

Logement

Etes-vous : propriétaire locataire - montant du loyer : _____ APL Allocation logement

accession à la propriété - montant des échéances : _____ date début : _____ date fin : _____

Charges

nature	mensualité	dettes
• eau		
• gaz		
• électricité		
• impôts		
• téléphone		
• assurance		
• complémentaire santé		
• frais liés au handicap (aide à domicile, aide technique)		
• autres : -		
-		
TOTAL		

Crédits

nature	organisme	mensualité	date début	date fin	dettes
TOTAL					

Liste des pièces justificatives à fournir

Originaux	Copies
<input type="checkbox"/> Factures ou devis des frais faisant l'objet de votre demande	<input type="checkbox"/> Justificatifs de ressources de _____ à _____ <i>(bulletins de paie, avis de paiement des Assedic, retraites principales et complémentaires, pensions diverses, bourses scolaires d'études, pension alimentaire, ...)</i>
<input type="checkbox"/> Facture ou devis des frais funéraires	<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition ou de non imposition vous concernant
<input type="checkbox"/> Demande de remboursement des frais de déplacement <i>(voir imprimé ci-joint à compléter)</i>	<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition ou de non imposition et justificatifs de ressources de la personne décédée durant une année précédant la demande d'aide au décès
<input type="checkbox"/> Deux devis établis par des fournisseurs différents	<input type="checkbox"/> Dernière attestation de la Caisse d'allocations familiales
<input type="checkbox"/> Prescription médicale	<input type="checkbox"/> Attestation de la mutuelle indiquant le montant de sa participation ou son refus de prise en charge
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Acte de décès
	<input type="checkbox"/> Certificat d'hérédité
	<input type="checkbox"/> Tout justificatif de dépense mensuelle, y compris les remboursements de crédits
	<input type="checkbox"/> Toutes les factures des charges faisant l'objet d'un retard de paiement
	<input type="checkbox"/> Bulletin de présence concernant la personne hospitalisée
	<input type="checkbox"/> Photocopie des plans d'aide APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) ou PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
	<input type="checkbox"/> _____

Objet de la demande et exposé de la situation

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur que les renseignements portés ci-dessus sont complet et exacts.

Date :

Signature :

« J'autorise la Caisse primaire d'assurance maladie à aviser la mutuelle ou l'organisme complémentaire auquel j'appartiens des avantages éventuels qui pourraient m'être accordés. »

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L-377-1 du code de la Sécurité sociale, 1047 du code rural, L-441-1 du code pénal).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 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 rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de Sécurité sociale.

Partie réservée au service administratif

Intervention du service social : oui non

attribution de la somme de _____ euros

au titre de secours à verser à assuré
 tiers _____

au titre d'un prêt, modalités de remboursement : _____

nombre d'heures d'aide ménagère accordé _____ soit _____ h/mois pendant _____
à compter du _____ participation horaire de l'assuré : _____

avis défavorable

Observations

Siège

2, rue de la Batellerie CS 94523
59386 DUNKERQUE Cedex 1

Site

6, rue des Nieulles CS 90121
59486 ARMENTIERES Cedex

Tél. : 3646 (prix d'un appel local sauf surcoût imposé par certains opérateurs) - www.ameli.fr