

(Cadre réservé au service social)  
 Il s'agit d'une demande d'aide budgétaire.  
(Annexe « Aide budgétaire » à joindre avec ce document)

## DEMANDE D'AIDE FINANCIERE OU DE PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

*(Prestations extra-légale de l'Action Sanitaire et Sociale)*

Madame, Monsieur,

Afin de soumettre votre dossier à la Commission compétente (Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM), **veuillez remplir les rubriques de ce document, le dater et le signer** (déclaration sur l'honneur) en joignant toutes les pièces justificatives demandées. Ce dossier doit être adressé à : **CPAM de la Dordogne, Service Action Sanitaire et Sociale, 50 rue Claude Bernard - 24010 PERIGUEUX CEDEX**

**Remarques** : tout dossier incomplet ne pourra pas être traité dans les délais de rapidité habituels. **Les demandes d'aides relatives à des soins trop anciens (supérieurs à 6 mois) ainsi que des dépassements d'honoraires et des frais de transport de corps ne sont pas recevables.** Votre demande sera présentée à la Commission ASS qui se réunit une fois par mois. Les Conseillers, membres de cette Commission, se prononceront sur l'aide exceptionnelle qui, sous conditions de ressources, peut vous être attribuée ou non, en fonction de votre situation et du budget limité dont ils disposent. En cas de refus, la décision de cette Commission n'est pas susceptible d'appel.

### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

Nom et prénom : ..... Date de naissance : .....

N° d'immatriculation Sécurité Sociale : .....

Situation familiale :  Marié(e) ou vie maritale  Célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Autre : .....

Situation professionnelle :  Salarié(e)  Indépendant(e)  Retraité(e)  Sans emploi  Autre : .....

Adresse personnelle : .....

.....

N° d'allocataire CAF : ..... N° de téléphone : .....

Adresse mail (*cette adresse pourra être utilisée pour toute communication concernant ce dossier*) : .....

.....

Organisme de Tutelle / Nom du référent : .....

Si vous êtes affilié(e) à un régime de couverture sociale assimilé, merci de le préciser : .....

### PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

- Bénéficiez-vous de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ? :  OUI  NON
  - Adhérez-vous à une mutuelle ?  OUI  NON
  - Avez-vous sollicité une aide auprès de la M.D.P.H ? :  OUI  NON (si oui joindre le courrier d'accord ou de refus)
  - Certaines mutuelles ou caisses de prévoyance disposent de fonds sociaux susceptibles de cofinancer votre projet ; avez-vous sollicité le fonds social d'autres organismes pour les frais motivant cette demande :  OUI  NON
- Si oui : indiquer le(s) montant(s) accordé(s) : (joindre justificatifs d'accord ou de refus) : .....
- Nom de l'organisme sollicité (*Mutuelle, Caisse de retraite complémentaire, Prévoyance, Cie Assurance, CCAS ou CIAS, Associations, ...*) : .....

### OBJET DE LA DEMANDE

Bénéficiaire de l'aide demandée :  assuré  conjoint(e)  enfant  autres : (précisez) .....

Nature de votre demande d'aide (*préciser de quelle prestation il s'agit : prothèse dentaire, orthodontie, frais d'optique, prothèse auditive, frais d'appareillage, forfait journalier hospitalisation, ou autres*) : .....

**Remarque** : vous pouvez joindre une lettre manuscrite explicative complémentaire à l'appui de votre demande.

## BUDGET DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Ressources et charges du mois précédant la demande (Données déclaratives)

Dans le cas d'une entrée de ressources exceptionnelles : à répartir sur 12 mois.

### RESSOURCES (mois précédant la demande)

	Assuré	Conjoint ou concubin	Autre personne
Traitement et salaire			
Revenus non-salariés			
Indemnités journalières			
Complément d'IJ			
Pension d'Invalidité			
Rente AT/MP			
Allocation chômage			
Retraite de base			
Pension de réversion			
Pension civiles et militaires			
Retraites complémentaires			
RSA			
Allocation Adulte Handicapé			
Pensions et obligations alimentaires reçues			
Revenus de capitaux mobiliers ou immobiliers			
Prestations familiales			
Prestations logement			
Prime d'activité			
Autres prestations CAF			
Autres prestations compensatoires			
Bourses d'études			
<b>Total</b>			
<b>Total ressources</b>			

### CHARGES (mois précédant la demande)

	Charges
Loyer	
Accession à la propriété	
Participation à l'hébergement	
Electricité/Gaz/Chauffage	
Eau/Assainissement	
Téléphone/Internet	
Impôts sur le revenu	
Taxe foncière	
Taxe d'habitation	
Assurances (habitation, voiture...)	
Mutuelle	
Frais de garde/Cantines/Pensions	
Pensions et obligations alimentaires versées	
Crédits (non pris en charge)	
Plan de surendettement	
Autres charges (frais de scolarité, cantine, etc...) :	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
-	
<b>Total charges</b>	

➤ Avez-vous des dettes en cours ?  OUI  NON Si oui, de quelles natures et de quels montants ? :

.....

.....

.....

➤ Commentaire budget : .....

.....

.....

.....

Avez-vous constitué un dossier de surendettement ?  OUI  NON Si oui, date : .....

## COMPOSITION DU FOYER

(indiquer toutes les personnes vivant au foyer en dehors de l'assuré : conjoint, concubin, enfant, père, mère, sœur, oncle, etc...)

Noms et prénoms	Numéro d'immatriculation	Caisse d'Assurance maladie d'appartenance	Date de naissance	Lien de parenté	Situation professionnelle ou activité actuelle

## JUSTIFICATIFS A FOURNIR :

- Tous les documents justificatifs nécessaires à l'appui de votre demande : devis avec l'estimation chiffrée par votre mutuelle, factures, prescriptions médicales, ordonnances, feuilles de soins, etc...
- Le dernier avis d'imposition.

### INFORMATIONS IMPORTANTES

- ▶ En cas d'accord de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM, vous devrez obligatoirement nous faire parvenir le bordereau de remboursement de votre mutuelle (ou décompte mutuelle) à l'adresse précise indiquée page 1 de cet imprimé.
- ▶ La production d'une facture est indispensable si vous avez des soins non remboursables.
- ▶ L'aide financière éventuellement accordée est valable **6 mois à compter du jour de sa notification** passé ce délai, l'aide sera **annulée**. (en cas de difficultés pour respecter ce délai, n'hésitez pas à nous contacter par téléphone au 3646).

### ÉTAT DE LA SITUATION du compte courant du demandeur

ÉTAT DE LA SITUATION du compte courant du demandeur	
	Montant disponible à la date de cette demande
Situation solde compte(s)-courant	

### ÉTAT DE LA SITUATION BANCAIRE DES PERSONNES (+ de 18 ans) VIVANT AU FOYER À LA DATE DE LA DEMANDE

Type de placement	Montant disponible à la date de cette demande		
	Demandeur	Conjoint	Enfants + 18 ans
Livret d'épargne populaire			
Livret A			
Livret Développement Durable			
Plan ou Compte Épargne Logement			
Contrat d'assurance vie			
Autres (à préciser) :			

**En cas d'absence de placements,**

Après avoir pris connaissance des articles \* L114-13 du Code de la Sécurité Sociale et 441-1 du Code Pénal,

**Je soussigné(e), (Nom, Prénom) :** .....

domicilié(e) : .....

.....

**Certifie sur l'honneur ne pas disposer de capitaux placés** (imposables ou non).

**SIGNATURE :**

**Signature du document :**

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans la présente déclaration.

Fait à ....., le .....

SIGNATURE de l'assuré(e) ou son représentant,

**À votre attention :** le contenu de vos déclarations peut faire l'objet, à tout moment, d'une vérification par l'un de nos agents assermentés. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, L 441-1 du Code Pénal)

\*Article L 114-13 du Code de la Sécurité Sociale : « Est passible d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant ».

Article 441-1 du Code Pénal : «Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende».

La CPAM de la Dordogne informe qu'elle est habilitée à faire usage du droit de communication pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations faites par les assurés en vue de l'attribution et du paiement des prestations (art. L-114-9 du code de la Sécurité Sociale).