

Demande d'attribution d'une aide financière

(IMPORTANT : imprimé à compléter impérativement à l'encre noire)

origine de la demande

assuré service social :

nom - coordonnées

identification de l'assuré

nom : prénom :

adresse :

code postal : ville : n° de téléphone :

numéro de sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | n° allocataire CAF :

caisse d'affiliation : CPAM du Finistère autre (à préciser) :

Situation familiale : célibataire marié(e) vie maritale séparé(e) divorcé(e) veuf(ve)

composition du foyer

nombre de personnes vivant au foyer :

| Parenté | Nom - Prénom | Date de naissance | N° sécurité sociale | Situation professionnelle (scolaire, étudiant, apprenti, salarié, chômage indemnisé ou non, retraité,...) |
|-----------|--------------|-------------------|---|---|
| Assuré | | | | |
| Conjoint* | | | | |
| Enfant 1 | | | <input type="checkbox"/> à charge <input type="checkbox"/> garde alternée | |
| Enfant 2 | | | <input type="checkbox"/> à charge <input type="checkbox"/> garde alternée | |
| Enfant 3 | | | <input type="checkbox"/> à charge <input type="checkbox"/> garde alternée | |
| Enfant 4 | | | <input type="checkbox"/> à charge <input type="checkbox"/> garde alternée | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

demande d'aide

bénéficiaire concerné : nom : prénom :

date de naissance :

objet de la demande : dentaire optique auditif fournitures médicales ticket modérateur
transport orthodontie frais liés à une hospitalisation autre

motivation :

organisme complémentaire santé

le bénéficiaire concerné par l'aide sollicitée est-il couvert par une complémentaire santé ?

oui non demande en cours CMU complémentaire

Joindre [obligatoirement](#) l'attestation détaillée de sa participation ou non sur les frais sollicités.

accident

la demande d'aide est-elle en rapport avec un accident causé par un tiers responsable ? oui non

date de l'accident : accident vie privée accident du travail

ressources des personnes vivant au foyer

les ressources à indiquer sont celles du mois civil qui précède la demande d'aide (*avant prélèvement à la source*) pour l'ensemble des personnes vivant au foyer.

| Type | Nature | Montant | | | Justificatifs (copie des documents à joindre) |
|---------------------------------------|---|---------|----------|--------|---|
| | | assuré | conjoint | autres | |
| REVENUS LIES A UNE ACTIVITE | salaires nets | | | | bulletins de salaire |
| | indemnités chômage | | | | avis de versement ou attestation de non prise en charge |
| | indemnités journalières Sécurité Sociale | | | | |
| | complément employeur ou régime de prévoyance | | | | |
| | revenus d'activité non salariée | | | | dernier avis d'imposition |
| PENSIONS ET RENTES | pension invalidité | | | | attestation de versement |
| | complément invalidité ou prévoyance | | | | |
| | majoration tierce personne | | | | |
| | retraite principale (CARSAT, MSA, RSI,...) | | | | |
| | retraites complémentaires | | | | |
| | pension civile et militaire | | | | |
| | rente accident du travail ou survivant | | | | |
| | allocation compensatrice | | | | |
| | autre (à préciser): | | | | |
| PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF | revenu solidarité active (RSA) | | | | attestation de versement |
| | prime d'activité | | | | |
| | allocation adulte handicapé (AAH) | | | | |
| | allocations familiales | | | | |
| | allocation logement ou APL | | | | |
| | allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) | | | | |
| | autres prestations CAF (ASF, PAJE, APP,...) | | | | |
| AUTRES REVENUS | revenus mobiliers, fonciers | | | | dernier avis d'imposition |
| | pensions alimentaires | | | | justificatif de versement ou jugement de divorce |
| | bourses études supérieures (étudiant) | | | | attestation ou avis de versement |
| | autre (à préciser): | | | | justificatifs |
| TOTAUX | | | | | |

charges mensuelles

les charges à indiquer sont celles du mois civil qui précède la demande d'aide.

| Type | Nature | Dernière facture reçue | | | Montant mensuel rétabli |
|--|---|------------------------|-------------------|----|-------------------------|
| | | Montant facturé | Période concernée | | |
| | | | du | au | |
| CHARGES LIEES A L'HABITATION PRINCIPALE | loyer | | | | |
| | prêt « accession à la propriété » | | | | |
| | prêt « amélioration de l'habitat » (prêt/ chauffage, isolation, étanchéité, adaptation de logement) | | | | |
| | chauffage | | | | |
| | électricité | | | | |
| | eau | | | | |
| | taxe d'habitation (hors redevance TV) | | | | |
| | assurance habitation | | | | |
| | autres (à préciser) : | | | | |
| AUTRES CHARGES | cotisation mutuelle | | | | |
| | pension alimentaire | | | | |
| | frais liés à l'emploi d'une tierce personne ou autres frais | | | | |
| FRAIS DIVERS (à préciser) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTAUX | | | | | |

renseignements complémentaires

bénéficiez-vous de l'AEEH ? oui - montant mensuel perçu :
 (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé) non en cours - date de la demande :

bénéficiez-vous de l'APA ? oui - montant mensuel perçu :
 (Aide Personnalisée d'Autonomie) non en cours - date de la demande :

bénéficiez-vous d'un autre complément oui - montant mensuel perçu :
pour frais de santé (aide sociale, PCH*,...) ? non en cours - date de la demande :

êtes-vous titulaire d'une reconnaissance du handicap attribuée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), quel que soit le taux d'incapacité ? oui non

IMPORTANT : si «oui» vous devez préalablement formuler une demande d'aide auprès de la MDPH. Dès lors que cet organisme aura statué sur votre demande, et que vous nous aurez transmis une copie de la notification de décision de la MDPH (**accord ou refus**), le service des aides financières de la CPAM pourra procéder à l'instruction de votre dossier.

*PCH : Prestation Compensatoire du Handicap.

financement des fraismontant des frais remboursement CPAM remboursement mutuelle avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes ? oui non aide(s) obtenue(s)

(aide sociale, CAF, comité d'entreprise, organisme complémentaire, MDPH, AGEFIPH,...)

si « OUI » préciser les organismes :

reste à charge assuré montant de l'aide sollicité **destinataire de l'aide financière**en cas d'accord : je souhaite que l'aide soit versée directement sur mon compte je donne procuration à un tiers (professionnel de santé ou établissement) pour percevoir l'aide

nom du tiers :

IMPORTANT : pièces à joindre impérativement à votre demande d'aide

copie des justificatifs de ressources du mois précédent la demande d'aide

copie du dernier avis d'imposition (pour toutes les personnes vivant au foyer)

copie de la notification de décision de la MDPH si la demande est en lien avec le handicap

l'attestation détaillée de la complémentaire santé précisant sa participation ou non pour les frais sollicités

copie de la notification de décision de tout autre financeur sollicité

le/les devis ou la facture acquittée

la prescription médicale

Seul un dossier complet pourra faire l'objet d'une présentation en commission et d'une étude par notre service

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.

A _____, le _____ signature : *« la loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations » (articles L.377.1 du code de la sécurité sociale, 150 du code pénal)*

Avant de nous transmettre votre dossier, veuillez vérifier que vous avez complété toutes les rubriques de ce questionnaire, joint les justificatifs demandés et qu'il est bien daté et signé.

Chaque décision fait l'objet d'une information par écrit à l'assuré et/ou au tiers. Aucun renseignement n'est communiqué par téléphone.

S'agissant d'une prestation extra-légale, la décision prise ne peut faire l'objet d'aucun recours.

Si vous renoncez à l'aide accordée, il est important de nous en aviser pour permettre le financement d'autres demandes.

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

CPAM du Finistère - Service Action Sanitaire et Sociale
1, rue de Savoie - 29282 Brest Cedex**Cadre réservé au service Action Sanitaire et Sociale**ressources retenues charges retenues ressources nettes nombre de parts **montant RAV** **taux de PEC** code prestation montant dépense base brute PS remboursement Assurance Maladie remboursement organisme complémentaire remboursement autre **base nette PS** **base nette PS x taux de PEC = aide CPAM** RAC «avant aide CPAM» **MONTANT DE L'AIDE NOTIFIÉ**RAC «après aide CPAM»

Les informations figurant sur ce document sont destinées à l'Assurance Maladie, pour l'étude des demandes d'attribution d'une aide financière. Vous pouvez exercer les droits d'accès et de rectification que vous donne la loi dite Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, en vous adressant au Directeur ou au Correspondant Informatique et Libertés de votre organisme, en justifiant de votre identité.