

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE INDIVIDUELLE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Les aides individuelles et prestations supplémentaires sont destinées, aux assurés les plus défavorisés. Elles sont accordées par l'Action Sanitaire et Sociale, sous conditions de ressources et en application des barèmes définis par la Commission d'ASS, **et ne sont pas susceptibles de recours.**

Nom de l'assuré : Prénom :
 Bénéficiaire de l'aide (si différent) : N° de sécurité sociale :
 Adresse :
 Tél. : N°CAF :

A noter pour les bénéficiaires de la CSS: Pour les bénéficiaires de la CSS, toutes prestations déjà incluses dans le panier de biens et services ne peuvent faire l'objet d'une aide financière à l'exception des semelles orthopédiques.

ETAT CIVIL	
<input type="checkbox"/> Marié (e)	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)
<input type="checkbox"/> Séparé (e)	<input type="checkbox"/> Divorcé (e)
<input type="checkbox"/> Concubin (e)	<input type="checkbox"/> Pacs
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Mono-parental

SITUATION ADMINISTRATIVE	
<input type="checkbox"/> Salarié (e)	<input type="checkbox"/> Retraité (e)
<input type="checkbox"/> Invalide	<input type="checkbox"/> Chômeur
<input type="checkbox"/> Non salarié(e)	<input type="checkbox"/> Adulte handicapé
<input type="checkbox"/> Autres préciser :	

MEMBRES	NOM-PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION	NUMERO D'IMMATRICULATION
CONJOINT (E)				
ENFANTS VIVANT AU FOYER				
AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER				

Etes-vous : Propriétaire Locataire Hébergé à titre gratuit (fournir les ressources de l'hébergeant)

ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Le bénéficiaire de l'aide demandée est-il adhérent à un organisme complémentaire Oui Non

Mutuelle CSS

Si non, souhaitez-vous être accompagné par le Service MAS (Mission d'Accompagnement en Santé) ? Oui Non

AUTRES FINANCEURS

Votre organisme complémentaire dispose-t-il d'un Fonds social ? Oui Non

L'avez-vous sollicité ? Oui Non

Une aide vous a-t-elle été accordée pour les frais, objet de la demande ? Oui (joindre la notification de décision accord ou refus)

Pas de réponse à ce jour Non

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

CPAM DES ALPES-MARITIMES
Service Action Sanitaire et Sociale
06180 NICE Cedex

PIECES JUSTIFICATIVES OBLIGATOIRES

RESSOURCES de toutes les personnes vivant au foyer

Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
Ressources des 3 derniers mois précédant la
demande :

- Bulletins de salaire/IJ
- Revenus non-salariés BIC/BNC
- Compléments de salaires
- RSA
- Indemnités chômage
- Prestations familiales
- Allocation logement
- Allocation de soutien de famille
- AAH ou Allocation Compensatrice Tierce Personne
- Pension invalidité ou vieillesse
- Rente AT
- Pension militaire
- Retraites de base et complémentaires
- Pension alimentaire
- Bourses scolaires
- Revenus locatifs/mobiliers

CHARGES

- **Quittance de loyer ou crédit immobilier**, avec charges (appel de charges pour propriétaire)
- Attestation d'hébergement
- Tableau d'amortissement en cas d'accession à la propriété
- Certificat de scolarité pour tout étudiant de + de 16 ans
- Justificatif de versement de pension alimentaire
- Imposition mensuelle
- **Cotisation mutuelle**
- Taxe d'habitation

Seules les photocopies des pièces doivent être jointes au dossier

VOTRE DEMANDE CONCERNE

AIDES DEMANDEES	PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE <i>(en fonction de votre demande)</i>
<input type="checkbox"/> APPAREILLAGE	Prescription médicale, devis et montant de la participation mutuelle
<input type="checkbox"/> DENTAIRES (prothèses)	Devis avec précision des paniers (1, 2, 3 et 4) et participation mutuelle
<input type="checkbox"/> ORTHODONTIE	Devis nominatif, récent, précisant le nombre de semestres concernés, <u>uniquement pour les bénéficiaires pouvant prétendre au remboursement des prestations légales</u>
<input type="checkbox"/> AUDITIF	Prescription médicale, devis et montant de la participation mutuelle
<input type="checkbox"/> OPTIQUE	Prescription médicale, devis et montant de la participation mutuelle
<input type="checkbox"/> FOURNITURES MEDICALES	Prescription médicale, devis et Certificat médical circonstancié
<input type="checkbox"/> FRAIS HOSPITALIERS : Ticket modérateur et Forfait journalier – Parcours de soin Rossetti	Original du détail des prestations ou l'avis des sommes à payer <1 an, précisant les dates d'hospitalisations, le montant du forfait journalier ou du ticket modérateur
<input type="checkbox"/> FRAIS OBSEQUES (pour les personnes de moins de 18 ans)	Acte de décès et facture frais d'obsèques
<input type="checkbox"/> PHARMACIE	Prescription médicale, devis et montant de la participation mutuelle
<input type="checkbox"/> AIDES MENAGERES / PORTAGE DE REPAS	Prescription médicale, devis du prestataire
<input type="checkbox"/> PARTICIPATION SPORT EN SANTE	Une prescription médicale d'activité physique adaptée Une attestation d'inscription et du montant de la participation
<input type="checkbox"/> AUTRES (hors dépassements honoraires médicaux)	

"J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et reconnais avoir été informé(e) qu'il n'existe pas de voie de recours contre la décision prise."

A le

Signature

RAPPEL

Renseignez-vous auprès de votre Caisse d'assurance maladie ou sur www.ameli.fr pour connaître vos droits éventuels et les démarches à suivre pour bénéficier de la CSS car ces droits peuvent couvrir une partie importante de votre demande.

La loi rend passible d'amendes et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou fausses déclarations (arts L377.1 du code de la Sécurité Sociale).

Vous êtes informés que la CPAM des Alpes-Maritimes 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).

En complétant ce questionnaire, je consens à ce que les informations recueillies puissent être utilisées dans le cadre des signalements transmis aux différents secteurs et partenaires en charge des dispositifs de prévention et d'accompagnement en santé.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez des droits d'accès et de rectification de vos données, et dans certaines conditions, à leur effacement, en adressant une demande écrite au Directeur de votre CPAM de rattachement.

Les réclamations au titre de la protection des données personnelles peuvent être introduites auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07)