

DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES OU D'AIDES FINANCIÈRES INDIVIDUELLES

Vous sollicitez un secours ou une prestation supplémentaire pour des frais non pris en charge au titre des prestations obligatoires et/ou d'une couverture maladie complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou assurance). La Caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin dispose d'un budget d'Action Sanitaire et Sociale destiné à aider ses assurés éprouvant des difficultés, notamment financières, liées à la maladie, à un handicap ou à un accident. Votre demande sera examinée par la Commission des Prestations Supplémentaires et des Aides Financières Individuelles du Bas-Rhin en tenant compte des revenus de votre foyer, même non imposables, et en application d'un plafond d'accessibilité fixé par le Conseil de la caisse primaire. La décision de la Commission des Prestations Supplémentaires et des Aides Financières Individuelles du Bas-Rhin est souveraine et n'est pas susceptible de recours.

● RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° d'immatriculation : [] []

Date de naissance : [] [] [] [] [] []

Nom et prénom de l'assuré(e) :

Adresse : n° rue :

Code postal : localité :

Téléphone : adresse mail :

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf

Nom et prénom du bénéficiaire de la demande (si différent de l'assuré) :

Date de naissance : [] [] [] [] [] []

Organisme qui rembourse vos frais de santé ? CPAM Autre :

Régime d'affiliation : Régime local d'Alsace Moselle Régime général

Êtes-vous bénéficiaire d'une couverture maladie complémentaire ? Oui Non

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU ? CMU de base CMU complémentaire

N° d'allocataire CAF (facultatif) [] [] [] [] [] []

● COMPOSITION DU FOYER DE L'ASSURÉ(E)

Le foyer est composé du demandeur de l'aide, du conjoint / concubin / partenaire lié par un PACS, des enfants et de toute autre personne vivant au foyer (sans critère d'âge).

NOM Prénom	Date de naissance	Situation professionnelle
Assuré(e) :
Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e) :
Enfants :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Autres personnes :
.....

● OBJET DE LA DEMANDE				
Description détaillée de la demande :				
MONTANT DES FRAIS DE SANTE				€
Participation de l'organisme d'affiliation (prestations de Sécurité sociale)				€
Participation le cas échéant de l'organisme gestionnaire d'une couverture maladie complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance ou assurance)				€
Autre(s) participation(s) – y compris les indemnités en cas d'accident causé par un tiers				€
COUT RESTANT A VOTRE CHARGE				€
Avez-vous sollicité une aide auprès d'un autre organisme ?				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel :				
Pièces à joindre dans tous les cas : devis ou facture (acquittée ou non), prescription médicale le cas échéant, décompte original de l'organisme gestionnaire d'une couverture maladie complémentaire si la facture a été acquittée.				
● RESSOURCES MENSUELLES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER :				
	Assuré(e)	Conjoint(e) Concubin(e) Pacsé(e)	Enfants	Autres
Salaire(s) net(s)				
Bénéfices commerciaux, artisanaux ou agricoles				
Revenu(s) mobilier(s) et/ou immobilier(s)				
Pension(s) de retraite et/ou pension(s) complémentaire(s)				
Pension(s) militaire(s)				
Pension(s) d'invalidité et Fond Spécial d'Invalidité (FSI)				
Pension(s) servie(s) par un organisme social étranger				
Rente(s) Accident du Travail/Maladie Professionnelle				
Indemnités journalières				
Complément(s) Indemnités journalières versé(s) par l'employeur ou par l'organisme gestionnaire d'une couverture maladie complémentaire				
Allocation(s) chômage				
Allocation d'Adulte Handicapé (AAH)				
Majoration pour la Vie Autonome (MVA) et Complément de Ressources				
Revenu de Solidarité Active (RSA)				
Allocation(s) logement (APL)				
Autre(s) prestation(s) familiale(s) :				
Pension(s) alimentaire(s)				
Autre(s) Ressource(s) :				
SOUS-TOTAL				

Ressources tierce personne :				
Majoration pour tierce personne (MTP)				
Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)				
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)				
Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)				
Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH)				
SOUS-TOTAL				
TOTAL GÉNÉRAL				

Pièces à joindre dans tous les cas : photocopie de votre dernier avis d'imposition, photocopie(s) des justificatifs de vos revenus du mois précédant la date de la demande.

● CHARGES MENSUELLES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Loyer	
Accession à la propriété	
Charges locatives et charges de copropriété	
Electricité et gaz	
Chauffage	
Eau	
Téléphone et accès Internet	
Assurance(s) (habitation, véhicule, vie, etc.)	
Frais liés à la souscription d'une couverture maladie complémentaire	
Impôt sur le revenu	
Impôts fonciers	
Taxe d'habitation et redevance audiovisuelle	
Transport(s)	
Frais scolaires (cantine, internat, etc.)	
Pension(s) alimentaire(s)	
Crédit(s)	
Saisie(s) sur salaire	
Autre(s) charge(s) :	
SOUS-TOTAL	
Charge(s) de tierce personne ou aide ménagère	
SOUS-TOTAL	
TOTAL GÉNÉRAL	

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, et autorise la caisse primaire du Bas-Rhin à verser directement, le cas échéant, le montant du secours accordé, au prestataire, à l'organisme, ou au fournisseur à l'origine de la facture.

La caisse primaire se réserve le droit de vérifier l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. De plus, en application de l'article 441-6 du Code pénal et le l'article 86 de la LFSS, « est passible de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende, quiconque se rend coupable de fraude, de fausse déclaration ou de déclaration incomplète en vue d'obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu ».

Fait à

Le

Signature de l'assuré(e)

Les informations recueillies sont traitées sous la responsabilité du Directeur de la CPAM en vue de la gestion de votre demande de prestations supplémentaires ou d'aides financières individuelles. Elles sont conservées pendant 6 ans et sont destinées au service Action Sanitaire et Sociale. Conformément aux dispositions de la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de limitation des données vous concernant et les faire rectifier en adressant une demande au Délégué à la protection des données ou au Directeur. 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).