

DOSSIER DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES OU DE SECOURS EXCEPTIONNELS

Nom de l'assuré(e) : _____ Prénom : _____

Date de Naissance :

Adresse : _____ Code Postal : _____ Commune : _____

N° de sécurité sociale :

Si vous êtes affilié(e) à une section locale joindre la photocopie de votre attestation de droits

N° allocataire CAF :

Obligatoire si vous percevez des prestations CAF

VOTRE DEMANDE EST LIÉE À

Une maladie ☐ Une maternité ☐ Un accident de travail ☐ Une invalidité ☐

Date de l'arrêt de travail :

Un accident causé par un tiers ☐ Date de l'accident :

VOTRE DEMANDE CONCERNE

- | | |
|--|---|
| ☐ AIDE À DOMICILE (ménage) | ☐ OPTIQUE |
| ☐ APPAREILLAGE AUDITIF | ☐ FRAIS FUNÉRAIRES |
| ☐ FOURNITURES MÉDICALES (non remboursables) | ☐ TRANSPORT |
| ☐ FORFAIT JOURNALIER | ☐ AUTRES : _____ |
| ☐ DENTAIRE (prothèses), ORTHODONTIE, PARODONTIE | _____ |
| ☐ PSYCHOMOTRICITÉ, ERGOTHÉRAPIE, PSYCHOLOGIE | |

Joindre obligatoirement les pièces justificatives des dépenses à engager (devis) et la prescription médicale correspondante

ATTENTION

Les prestations suivantes ne sont pas prises en charge.

- Dépassement d'honoraires (hors chirurgie mammaire réparatrice)
- Implants dentaires
- Chambre particulière
- Ticket modérateur

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ou PACS ☐ Séparé(e) Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Famille monoparentale ☐

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation (scolaire, étudiant, salarié, chômage indemnisé ou non...)
Assuré(e)					
Conjoint(e) ou concubin(e)					
Enfants					
Autres personnes vivant au foyer					

PERSONNE CONCERNÉE PAR LA DEMANDE

Nom - Prénom : _____

Date de naissance : _____

Assuré ☐ Conjoint(e) ☐ Vie maritale avec l'assuré ou PACS ☐ Enfant ☐ Autre bénéficiaire ☐

A-t-il une reconnaissance de travailleur handicapé ? ☐ Oui ☐ Non

RESSOURCES MENSUELLES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Cet imprimé doit être **obligatoirement** complété, daté et signé par vous-même et accompagné

- de la photocopie intégrale du dernier avis d'imposition de **chacun des membres du foyer**
- des justificatifs de ressources de **chacun des membres du foyer**

NATURE DES RESSOURCES	ASSURÉ(E)	CONJOINT(E)	ENFANTS ET/OU AUTRES	À JOINDRE OBLIGATOIREMENT
REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ du mois précédant la demande				
SALAIRES NETS				Bulletins de salaire
INDEMNITÉS CHÔMAGE				Avis de paiement ou refus du Pôle Emploi
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES SÉCURITÉ SOCIALE				Décompte ou attestation de paiement
COMPLÉMENT EMPLOYEUR OU RÉGIME DE PRÉVOYANCE				Avis de paiement ou attestation de non prise en charge
REVENU D'ACTIVITÉ NON SALARIÉE				Copie intégrale du dernier avis d'imposition sur les revenus
PENSIONS ET RENTES du mois précédant la demande				
PENSION INVALIDITÉ				Décompte ou attestation de paiement
COMPLÉMENT D'INVALIDITÉ : FSI OU COMPLÉMENT PRÉVOYANCE				
MAJORATION TIERCE PERSONNE				
RETRAITE CARSAT ET AUTRES RÉGIMES				Copie de la déclaration fiscale pré-remplie des revenus ou notification de pension
RETRAITES COMPLÉMENTAIRES				
PENSION CIVILE ET MILITAIRE				Attestation de versement
RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL OU RENTE SURVIVANT				Décompte de paiement
ALLOCATION COMPENSATRICE				Attestation de versement
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF du mois précédant la demande				
REVENU SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA)				Attestation de versement de la CAF du mois précédant la demande
ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ (AAH)				
ALLOCATIONS FAMILIALES				
ALLOCATION LOGEMENT OU AIDE PERSONNALISÉE AU LOGEMENT				
ALLOCATIONS D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)				
AUTRES PRESTATIONS CAF (ASF, PAJE, APP, ADOPTION ...)				
REVENUS DIVERS du mois précédant la demande				
REVENUS MOBILIERS				
REVENUS FONCIERS				
AUTRES RESSOURCES (PRÉCISER)				Justificatifs
PENSIONS ALIMENTAIRES				Justificatif de versement ou jugement de divorce
BOURSES ÉTUDES SUPÉRIEURES (ÉTUDIANT)				Notification d'attribution ou de refus
TOTAL				

CHARGES FINANCIÈRES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER	MONTANT MENSUEL EN EUROS
ÊTES-VOUS : ☐ LOCATAIRE (joindre la copie de la dernière quittance de loyer) ☐ COLOCATAIRE (joindre la copie de la dernière quittance de loyer et le contrat de colocation) ☐ PROPRIÉTAIRE : 1. Avez-vous un prêt en cours ? ☐ non ☐ oui (joindre l'échéancier et le justificatif de la dernière échéance réglée) 2. Les mensualités de crédit d'accession à la propriété sont-elles prises en charge actuellement par une assurance ? ☐ non ☐ oui (joindre l'attestation précisant les modalités de prise en charge) ☐ HÉBERGÉ : Précisez les conditions (à titre gracieux ou autre) et joindre les justificatifs de ressources et charges (dont dernier avis d'imposition et imprimé de revenus de Capitaux Mobiliers) de toutes les personnes présentes au domicile 	
PENSIONS ALIMENTAIRES (joindre les justificatifs)	
FRAIS DE TIERCE PERSONNE (joindre les justificatifs)	
DIVERS (PRÉCISER) (joindre les justificatifs).....	
SURENDETTEMENT Un dossier de surendettement a-t-il été déposé à la Banque de France ? ☐ non ☐ oui (joindre la photocopie du surendettement délivré par la BDF)	

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

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

☐ non ☐ oui ☐ Mutuelle, assurance santé ☐ complémentaire santé solidaire

Joindre : - copie carte d'adhérent

- simulation du remboursement au titre des garanties pour les frais, liés à la demande d'aide ou une attestation de non participation

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

☐ non ☐ oui l'avez-vous sollicité ? ☐ non ☐ oui

Une aide vous a-t-elle été accordée pour les frais, objet de la demande ?

☐ non ☐ pas de réponse à ce jour ☐ oui : joindre la notification de décision

AUTRES FINANCEURS

Avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes ?

☐ non ☐ oui Lesquels : _____

Une aide vous a-t-elle été accordée ? ☐ oui ☐ non (dans les deux cas, joindre la copie de la notification)

DESTINATAIRE DU RÈGLEMENT

Le paiement de l'aide sera adressé **au professionnel de santé ou au tiers** ayant réalisé les soins ou les prestations, sauf si la facture a déjà été réglée par l'assuré.

PRÉCISER OBLIGATOIREMENT L'OBJET ET LA NATURE DE LA DEMANDE

Je sollicite une aide exceptionnelle pour _____

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.

Fait à _____ le _____

Signature de l'assuré(e) ou de son représentant légal :

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

L' Assurance Maladie de l'Isère
38045 Grenoble cedex 9

Quelle que soit la décision prise par la commission déléguée du Conseil de la Caisse, vous serez informé(e) par courrier.

www.ameli.fr

36 46 Service 0,06 € / min + prix appel

IMPORTANT

Article 441-6 du Code Pénal

« Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de 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.»

Les informations recueillies sont traitées par l'Assurance Maladie de l'Isère dans le cadre de ses missions (article 6.e du RGPD), pour la stricte utilisation nécessaire aux finalités d'aides financières individuelles, par application de l'arrêté du 26 octobre 1995 paru au JO du 15 novembre 1995. Les données sont conservées pendant toute la durée nécessaire à leur gestion puis détruites après un archivage d'une durée maximale de 48 mois. Conformément aux dispositions du Règlement général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi que d'un droit à leur limitation et d'opposition. Ces droits s'exercent sur demande écrite adressée au Directeur de l'Assurance Maladie de l'Isère ou à son délégué à la protection des données (DPO).

En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, une réclamation peut être introduite auprès de la CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA-80715-75334 PARIS CEDEX 07