

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE INDIVIDUELLE
Déclaration sur l'honneur
(Décret du 17.12.1985)

Identification de l'assuré(e) (Suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

Numéro d'immatriculation

Caisse d'affiliation / centre de rattachement :

Numéro d'allocataire C.A.F.

Adresse de l'assuré(e)

Numéro de téléphone

Objet de la demande

Identification du bénéficiaire

☐ Assuré ☐ conjoint(e) ☐ enfant ☐ autres _____

Situation matrimoniale

☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ séparé(e) ☐ veuf (ve) ☐ vie maritale

Depuis le : -----

COMPOSITION DE LA FAMILLE (personnes vivant au foyer y compris l'assuré(e))

Noms & prénoms	Lien de parenté	Date de naissance	Situation socio professionnelle (profession-employeur-école-chômage-etc...)		
	Assuré(e)				
	Conjoint/ concubin				
	Enfant				
	Enfant				
	Enfant				
	Enfant				
	Autre				

Bénéficiez-vous d'une couverture complémentaire garantie par :

- Une mutuelle (nom et numéro de téléphone)

- Une société d'assurance privée (nom et numéro de téléphone)

- Avez-vous sollicité cet organisme ? ☐ OUI ☐ NON

- Montant de la participation : -----

- Motif de sa non-participation : -----

- Bénéficiez-vous de la CSS ? ☐ OUI ☐ NON
Jusqu'à quelle date ?

TOUTES LES RESSOURCES y compris les ressources non imposables des trois derniers mois la demande pour toutes les personnes vivant au foyer

Demandeur	Mois de	Mois de	Mois de
Salaire net ou revenus			
Allocation de chômage			
Indemnités journalières			
Complément de salaire			
Pensions : Alimentaire			
Vieillesse			
Complémentaire			
Invalidité			
Rentre accident du travail			
Allocation Adulte Handicapé			
RSA			
Autres ressources			
Conjoint(e)			
Salaire net ou revenus			
Allocation de chômage			
Indemnités journalières			
Complément de salaire			
Pensions : Alimentaire			
Vieillesse			
Complémentaire			
Invalidité			
Rentre accident du travail			
Allocation Adulte Handicapé			
RSA			
Autres ressources			
Enfants et autres personnes (Précisez la nature des ressources)			
RSA			
Prestations familiales			
Allocations Familiales (AF)			
Complément Familial (CF)			
Allocation d'Education Spéciale (AES)			
Allocation Jeune Enfant (AJE)			
Allocation de Soutien Familial (ASF)			
Allocation de Parent Isolé (API)			
Allocation Parentale d'Education (APE)			
Allocation Logement (AL)			
Aide Personnalisée au Logement (APL)			
TOTAL			
Moyenne des trois mois			

Quotient familial :
$$\frac{\text{moyenne des trois mois}}{\text{nombre de personnes}}$$

Charges mensuelles	Montant
Loyer sans les charges	
Accession à la propriété (échancier)	
Propriétaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Pension alimentaire versée	
Mutuelle	

Crédits en cours			
Objet	Montant	Date de début	Date de fin

Dettes en cours	
Objet	Montant
La commission de surendettement a-t-elle été saisie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle	
Organisme :	
Nom du délégué à la tutelle :	
Téléphone :	

Renseignements complémentaires que vous souhaitez apporter

La **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** dispose d'un budget spécial permettant **d'INTERVENIR EXCEPTIONNELLEMENT**, en direction d'Assurés sociaux rencontrant des difficultés financières importantes.

► Les difficultés doivent être en rapport avec un **état de maladie, d'accident du travail, d'invalidité** ou de **maternité**.

► L'attribution d'aide financière exceptionnelle par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale s'effectue sous conditions de ressources.

► Les décisions de la Commission ne peuvent faire l'objet d'aucune contestation.

Dossier à adresser :

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Indre
14, rue Claude Nicolas Ledoux
36026 Châteauroux cedex

▮ **Tout dossier non rempli sera considéré comme irrecevable**

Article 441-1 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

Attestation

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués sur la présente demande

Fait à

Le

Signature

Liste des **pièces justificatives à joindre obligatoirement** à votre demande

D'Aide Financière Individuelle

- Ressources de toutes les personnes vivant au foyer (bulletins de salaires, justificatifs vieillesse, invalidité, Pôle emploi...) des 3 derniers mois
- Justificatif des prestations CAF des 3 derniers mois de toutes les personnes vivant au foyer
- Les avis d'imposition de toutes les personnes vivant au foyer
- Quittance de votre loyer ou l'échéancier de votre accession à la propriété
- Prescription médicale et facture ou devis relatif à votre demande (devis ou facture + prescription médicale)
- Justificatif de votre complémentaire santé précisant le montant exact de sa participation sur le devis et/ou facture du Professionnel de Santé, du fournisseur