

**PRECISER LA NATURE DE LA DEMANDE :**

NATURE DE LA DEMANDE	Justificatifs à joindre en fonction de votre demande :	
<input type="checkbox"/> OPTIQUE/DENTAIRE/AUDITIF	- 2 devis comparatifs dont l'un respecte l'offre 100% santé ou CSS - attestation du professionnel de santé justifiant le choix hors 100% santé/CSS	- Prescription médicale - Justificatif de la participation de votre complémentaire santé ou refus de prise en charge
<input type="checkbox"/> FOURNITURES MEDICALES/APPAREILLAGE	- Devis médical	
<input type="checkbox"/> AUTRES DEPENSES LIEES A DES SOINS	- Devis médical/avis des sommes à payer	
<input type="checkbox"/> TRANSPORT	- Etat de frais de transport/tickets de péage/devis du transporteur - Convocation au RDV médical - Refus de prise en charge de la CPAM	
<input type="checkbox"/> AIDE A L'ACQUISITION D'UNE MUTUELLE	- Devis ou appel de cotisations ou échéancier de votre mutuelle	
<input type="checkbox"/> PERTE DE REVENUS LIEE A UN ARRET DE TRAVAIL	- Bulletins de salaire des 3 mois précédent votre arrêt de travail - Vos 3 derniers bulletins de salaire - Justificatifs de votre prévoyance/complément aux indemnités journalières des 3 derniers mois - Si vous êtes propriétaire, justificatif de prise en charge ou refus de prise en charge de l'assurance du prêt immobilier	
<input type="checkbox"/> AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE (individuelle/liée au logement)	- Facture liée au logement pour laquelle vous sollicitez une aide	
<input type="checkbox"/> AIDE A DOMICILE (la demande doit être impérativement complétée par une assistante sociale)	- Justificatif de prise en charge ou refus de prise en charge de votre mutuelle - <u>Rapport social</u> de l'assistante sociale précisant la durée du plan d'aide, le nombre d'heures nécessaires et les coordonnées du prestataire	
<input type="checkbox"/> AUTRES : précisez.....		

**I – IDENTIFICATION :**

• **ASSURE(E) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

N° allocataire CAF : ..... N° de téléphone : .....

• **BENEFICIAIRE DE L'AIDE (si différent de l'assuré) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lien de parenté : .....

• **SITUATION FAMILIALE/COMPOSITION DU FOYER :**

Ettes-vous :  Marié(e)/Pacsé(e)  Vie maritale  Séparé(e)/Divorcé(e)  Veuf (ve)  Célibataire

	NOM Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, garde alternée, salarié, chômage)
Assuré(e)					
Conjoint(e)/ concubin(e)					
Enfants de moins de 25 ans vivant au foyer/à charge fiscalement					
Autres personnes					

## II – RESSOURCES MENSUELLES (du mois précédent la demande) DES PERSONNES VIVANT AU FOYER :

Pour toute demande, joindre obligatoirement :

- dernier avis d'impôts recto verso pour chacun des membres du foyer
- quittance de loyer ou tableau d'amortissement du prêt immobilier pour le mois précédent uniquement
- attestation de paiement de la CAF/MSA du mois précédent la demande

Nature des ressources	Assuré(e)	Conjoint(e)	Enfants et/ou autres personnes	Justificatif(s) supplémentaires à joindre obligatoirement :
<b>REVENUS LIES A UNE ACTIVITE</b>				
Salaires nets perçus				Bulletins de salaire
Allocations chômage				
Indemnités journalières				
Complément aux indemnités journalières (employeur, prévoyance...)				Avis ou attestation de paiement
Revenu d'activité non salariée (micro entrepreneur, indépendant, activité libérale...)				
Pension d'invalidité				
Complément d'invalidité				
Majoration tierce personne				
Rente accident du travail/maladie professionnelle				
Retraite principale				Attestation de paiement si votre retraite est étrangère
Retraite complémentaire/Pension de réversion				
Allocation personnalisée à l'autonomie				Attestation de paiement
<b>PRESTATIONS CAF/MSA</b>				
Allocations familiales (AF)/Complément familial				
Allocation de base du jeune enfant (PAJE)/Complément de libre choix du mode de garde				
Allocation de soutien familiale (ASF)				
Allocation enfant handicapé (AEEH)				
Allocation adulte handicapé (AAH)				
Revenu de solidarité active (RSA)				
Prime d'activité				
Allocation logement (AL/APL)				
<b>AUTRES RESSOURCES</b>				
Autres pensions : alimentaire/militaire...				Justificatif de paiement ou jugement de garde
Bourses scolaires				Notification d'attribution
Revenus fonciers (bâti ou non bâti)				
Rente viagère				Justificatif de paiement
Autres ressources : précisez.....				
<b>TOTAL RESSOURCES</b>				



**V- ATTESTATION DE PLACEMENTS BANCAIRES:**

Nom : ..... Prénom : .....


Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Déclare sur l'honneur :

- Que ma famille et moi-même, ne possédons aucun livret d'épargne, ni placement financier.
- Que ma famille et moi-même, ne possédons pas à ce jour d'autres formes d'épargne que celles indiquées ci-dessous.

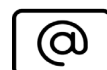
NATURE DES PLACEMENTS	Montant des capitaux placés			
	Assuré(e)	Conjoint(e)	Autre personne :	Autre personne :
Livret A				
LDD livret				
Autres livrets (précisez)				
Livret/Compte/Plan d'épargne logement				
Epargne assurance vie				
Obligations/Actions				
SICAV et fonds communs de placement				
SCPI				
Autres (précisez)				

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire.

Fait à ..... Signature de l'assuré(e) ou de son représentant légal :  
 Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 

Nom de l'assistant(e) social(e) ou du/de la délégué(e) de tutelle ayant rempli cette demande :  
 Nom Prénom : ..... Téléphone : .....  
 Email : .....

Pour nous transmettre votre demande :



Assurance Maladie des Deux-Sèvres  
 Service action sanitaire et sociale  
 Parc d'activité de l'Ebaupin  
 1 Rue de l'Angélique  
 790000 Bessines

<https://www.cпам79.depotdoc.fr/assure/depot>

« La finalité de ce questionnaire est de gérer les situations de fragilité au regard de l'accès aux droits et aux soins. Conformément à la réglementation relative à la protection des données en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès et rectification et d'un droit d'opposition sur le traitement de vos données. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Deux-Sèvres en contactant le délégué à la protection des données (DPO) : [dpo.cпам-deux-sevres@assurance-maladie.fr](mailto:dpo.cпам-deux-sevres@assurance-maladie.fr) En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3 Place de Fontenoy TSA – 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377.1 du code de la sécurité sociale). »