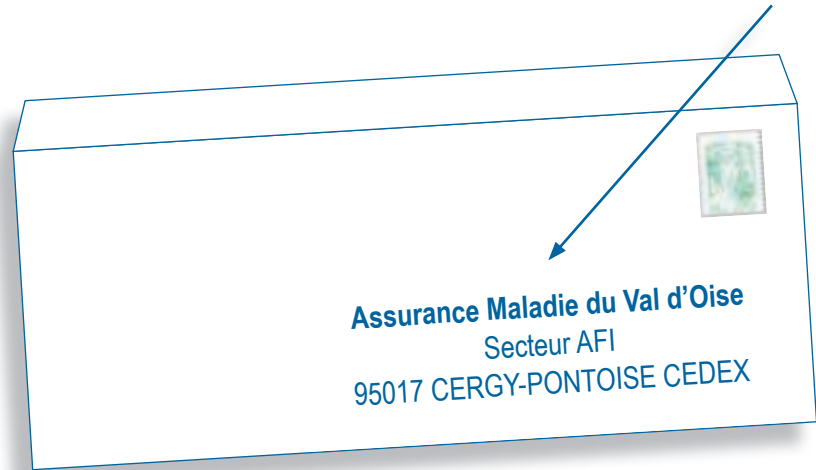


Demande d'Aide Financière Individuelle

► Afin de soumettre votre dossier à la Commission Sociale, merci de compléter toutes les rubriques au stylo bille noir, dater et signer la page 2 et 4, en joignant impérativement tous les justificatifs demandés en page 2 et 3 à l'adresse :



**Tout dossier incomplet
 ne pourra être pris en compte
 et vous sera retourné**



DEMANDEUR	► A compléter	
Numéro de Sécurité Sociale	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nom - Prénom		
Date de naissance		
Adresse		
Téléphone fixe	Portable	
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Marié / Pacsé <input type="checkbox"/> Veuf	

COMPOSITION DE LA FAMILLE	► A compléter				
Nom - Prénom	Né(e) le	Votre lien de parenté	N° de Sécurité Sociale	N° CAF	Situation professionnelle ou scolaire

DEMANDE	▶ Cocher la case correspondante à votre demande ▶ Et joindre les justificatifs s'y rapportant
TYPE D'AIDE	JUSTIFICATIFS A JOINDRE
<input type="checkbox"/> Médicaments ou articles partiellement ou non remboursés <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Prothèses auditives pour les plus de 60 ans (contacter la MDPH si vous avez moins de 60 ans) <input type="checkbox"/> Prothèse capillaire <input type="checkbox"/> Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Facture</u> ou <u>Devis</u> le moins coûteux • <u>Attestation mutuelle</u> détaillant sa participation ou le motif de son refus (à demander à votre complémentaire santé)
<input type="checkbox"/> Prothèses dentaires / Implants	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Facture</u> ou <u>Devis</u> le moins coûteux • <u>Attestation mutuelle</u> détaillant sa participation ou le motif de son refus (à demander à votre complémentaire santé) • <u>Radio panoramique dentaire</u> pour les prothèses d'un montant supérieur à 6000 € ou pour les implants quel qu'en soit le montant
<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Facture</u> ou <u>Avis</u> de sommes à payer
<input type="checkbox"/> Orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Le devis</u> le moins coûteux • <u>Attestation mutuelle</u> détaillant sa participation ou le motif de son refus (à demander à votre complémentaire santé) • <u>Certificat médical</u> justifiant le traitement orthodontique pour les plus de 16 ans
<input type="checkbox"/> Autre (préciser :)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Facture</u> ou <u>Devis</u> le moins coûteux • <u>Attestation mutuelle</u> détaillant sa participation ou le motif de son refus (à demander à votre complémentaire santé)
<input type="checkbox"/> Attente de pension (invalidité ou retraite) <input type="checkbox"/> Attente d'une expertise médicale <input type="checkbox"/> Dette de loyer faisant suite à la maladie <input type="checkbox"/> Hébergement cure thermique <input type="checkbox"/> Intervention d'une aide-ménagère <input type="checkbox"/> Perte de revenus faisant suite à la maladie <input type="checkbox"/> Séances d'ergothérapie ou de psychomotricité <input type="checkbox"/> Séances de psychologie	<div style="font-size: 3em; vertical-align: middle; margin-right: 10px;">}</div> Pour ces types d'aide, merci de contacter le 3646 afin de convenir d'un rendez-vous auprès du Service Social

AUTORISATION DE PAIEMENT	▶ A cocher et signer obligatoirement après en avoir pris connaissance ▶ Et joindre le RIB du tiers
Selon l'article 71 du Règlement intérieur de la Caisse Primaire, en cas d'accord de la Commission Sociale, j'autorise la Caisse d'Assurance Maladie du Val d'Oise à verser l'aide qui m'est due au tiers (<input type="checkbox"/> Etablissement hospitalier, <input type="checkbox"/> Professionnel de santé, <input type="checkbox"/> Fournisseur, <input type="checkbox"/> Association, <input type="checkbox"/> Bailleur) suivant :	
A cet effet, je vous joins le <u>Relevé d'identité bancaire ou postal du tiers</u> .	
	Date..... Signature.....

MONTAGE FINANCIER	▶ A compléter selon votre situation ▶ Et joindre les justificatifs s'y rapportant (notification d'accord ou non)
Si vous avez sollicité une aide auprès des fonds sociaux d'autres organismes, merci de préciser lesquels (Mutuelle, Caf, Caisse Vieillesse, Employeur, Pôle emploi, MDPH, CCAS etc...) : et nous joindre les <u>notifications d'accord ou non</u> .	



Toute aide accordée sera réglée conformément au devis joint à cette demande d'aide et ne pourra donc en aucun cas faire l'objet d'une modification. Les montants attribués aux assurés affiliés à la MGEN seront communiqués à titre informatif à la MGEN

BUDGET DU FOYER : RESSOURCES		▶ Cocher la case correspondante à la situation de chaque personne ▶ Et joindre les justificatifs s'y rapportant
RESSOURCES DU DEMANDEUR	JUSTIFICATIFS A JOINDRE	
<input type="checkbox"/> Etudes	• Dernière notification d'attribution de bourse	
<input type="checkbox"/> Travail	• 3 derniers bulletins de paye mensuels	
<input type="checkbox"/> Caf	• Préciser votre numéro Caf :	
<input type="checkbox"/> Pension retraite CNAV	• Dernier relevé de paiement de votre pension	
<input type="checkbox"/> Pension retraite complémentaire	• Dernier relevé de paiement de votre pension	
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire que vous recevez	• Jugement de divorce	
<input type="checkbox"/> Pôle emploi <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Rente Accident du travail	Pour ces ressources nous accéderons aux données des organismes gestionnaires.	
RESSOURCES DU CONCUBIN, CONJOINT, PACSE	JUSTIFICATIFS A JOINDRE	
<input type="checkbox"/> Etudes	• Dernière notification d'attribution de bourse	
<input type="checkbox"/> Travail	• 3 derniers bulletins de paye mensuels	
<input type="checkbox"/> Caf	• Préciser votre numéro Caf :	
<input type="checkbox"/> Pension retraite CNAV	• Dernier relevé de paiement de votre pension	
<input type="checkbox"/> Pension retraite complémentaire	• Dernier relevé de paiement de votre pension	
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire reçue	• Jugement de divorce	
<input type="checkbox"/> Pôle emploi <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Rente Accident du travail	Pour ces ressources nous accéderons aux données des organismes gestionnaires.	
RESSOURCES D'AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER	JUSTIFICATIFS A JOINDRE	
<input type="checkbox"/> Etudes	• Dernière notification d'attribution de bourse	
<input type="checkbox"/> Travail	• 3 derniers bulletins de paye mensuels	
<input type="checkbox"/> Caf	• Préciser votre numéro Caf :	
<input type="checkbox"/> Pension retraite CNAV	• Dernier relevé de paiement de votre pension	
<input type="checkbox"/> Pension retraite complémentaire	• Dernier relevé de paiement de votre pension	
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire reçue	• Jugement de divorce	
<input type="checkbox"/> Pôle emploi <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Rente Accident du travail	Pour ces ressources nous accéderons aux données des organismes gestionnaires.	

BUDGET DU FOYER : CHARGES		▶ Cocher la case correspondante à votre situation ▶ Et joindre les justificatifs s'y rapportant
VOUS ÊTES	JUSTIFICATIFS A JOINDRE	
<input type="checkbox"/> Propriétaire	• Tableau d'amortissement du prêt bancaire • Appel de fonds de la copropriété	
<input type="checkbox"/> Locataire	• Quittance de loyer	
<input type="checkbox"/> Hébergé(e)	• Déclaration de l'hébergeant indiquant le montant de votre participation • En cas de non-participation de votre part : joindre les justificatifs de l'hébergeant (loyer, charges de copropriété ou prêt bancaire, eau, électricité, gaz, chauffage)	
<input type="checkbox"/> En maison de retraite	• Justificatif de l'APA • Facture de la maison de retraite	
CHARGES PRINCIPALES	JUSTIFICATIFS A JOINDRE	
<input checked="" type="checkbox"/> Eau	• Facture du fournisseur (Véolia...)	
<input checked="" type="checkbox"/> Electricité	• Facture du fournisseur (EDF...)	
<input checked="" type="checkbox"/> Gaz	• Facture du fournisseur (GDF...)	
<input checked="" type="checkbox"/> Chauffage	• Facture du fournisseur (EDF ou GDF...)	
<input checked="" type="checkbox"/> Pension alimentaire que vous versez	• Jugement de divorce	

AUTRES CHARGES MENSUELLES	▶ A déclarer	
Assurances	€	 <p style="color: red; font-weight: bold;">Le montant de ces charges est à indiquer pour le mois</p>
Crédit à la consommation	€	
Frais de garde / Restauration scolaire	€	
Impôt sur le revenu	€	
Mutuelle	€	
Personnel employé	€	
Taxe d'habitation	€	
Taxe foncière	€	
Téléphone	€	
Transports	€	
Autre (préciser :)	€	

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE	▶ A compléter si vous souhaitez communiquer d'autres éléments motivant votre demande d'aide financière individuelle
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR	▶ A signer obligatoirement après avoir pris connaissance des textes de loi ci-dessous
<p>Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande d'aide sont exacts.</p>	
Date.....	Signature.....



Article L114.13 du Code de la Sécurité Sociale : **est passible d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration** pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées, par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

Article 150 du Code pénal : Tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion.

Conformément aux articles 39 et suivants de la **loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés**, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant, en s'adressant à : la Direction de la CPAM de Cergy – Assurance Maladie du Val d'Oise – 95017 CERGY-PONTOISE CEDEX.