



## DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ.E

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'allocataire CAF : | | | | | | | |

Situation familiale :

Célibataire  Concubinage  Marié(e)/Pacsé(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

Situation administrative :

Activité professionnelle  Demandeur d'emploi  Retraite  Étudiant  Invalidité  
 En arrêt maladie  Autres à préciser :

### BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE (si différent de l'assuré.e)

Nom du demandeur : Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### COMPOSITION DU FOYER

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation administrative <i>(scolarisé, étudiant, apprenti, salarié, chômage, retraité ...)</i>	Numéro de sécurité sociale
Conjoint(e) / concubin(e) / Pacsé(e)						
Enfants						
Autre(s) personne(s) vivant au foyer						

## MOTIF DE LA DEMANDE

### Votre demande concerne

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dentaire          | <input type="checkbox"/> Psychologie     | <input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques |
| <input type="checkbox"/> Auditif / Optique | <input type="checkbox"/> Psychomotricité | <input type="checkbox"/> Maintien à domicile    |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie      | <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Autres à préciser      |

## JUSTIFICATIFS À FOURNIR SELON LA NATURE DES SOINS

PRESTATIONS	Soins envisagés	Soins déjà réalisés
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Devis normalisé détaillé indiquant les alternatives thérapeutiques</li> <li>La radio panoramique dématérialisée</li> <li>Attestation de participation de la mutuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture détaillée</li> <li>La radio panoramique dématérialisée</li> <li>Décompte de votre mutuelle</li> </ul>
Auditif / Optique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription médicale</li> <li>Devis avec l'offre 100 % santé et l'autre offre</li> <li>Attestation de participation de la mutuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture détaillée</li> <li>Décompte de votre mutuelle</li> </ul>
Bilan et / ou séances d'ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription médicale</li> <li>Devis détaillé</li> <li>Attestation de participation de la mutuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription médicale</li> <li>Facture détaillée</li> <li>Décompte de votre mutuelle</li> </ul>
Bilan et / ou séances de psychomotricité / psychologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription médicale</li> <li>Devis détaillé</li> <li>Attestation de participation de la mutuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription médicale</li> <li>Facture détaillée</li> <li>Décompte de votre mutuelle</li> </ul>
Hospitalisation		<ul style="list-style-type: none"> <li>Facturation ou titre de recettes</li> <li>Décompte de votre mutuelle</li> </ul>
Semelles orthopédiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription médicale</li> <li>Devis détaillé du prestataire</li> <li>Attestation de participation de la mutuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture</li> <li>Décompte de votre mutuelle</li> </ul>
Maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription médicale indiquant la fréquence et la durée</li> <li>Devis détaillé</li> <li>Attestation de participation de la mutuelle</li> </ul>	
Autres demandes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription médicale</li> <li>Devis détaillé</li> <li>Attestation de participation de la mutuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facture détaillée</li> <li>Décompte de votre mutuelle</li> </ul>

## AUTORISATION DE PAIEMENT SUR LE COMPTE D'UN TIERS

En cas d'accord, j'autorise la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Val-de-Marne à verser l'aide qui m'est accordée au tiers

- Établissement hospitalier    Professionnel de santé    Fournisseur    Association    Bailleur

Nom du tiers :

À cet effet, je vous joins le Relevé d'identité bancaire ou postal du tiers

Date : Signature de l'assuré(e) OBLIGATOIRE

## Expliquer vos difficultés

Vous êtes en arrêt maladie, bénéficiez-vous d'un complément de prévoyance ou de salaire ?

Oui - joindre le justificatif (obligatoire)

Non

Avez-vous une complémentaire santé ?  Oui

Non

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

Oui - joindre le(s) justificatif(s)

Non

Je certifie exacts tous les renseignements fournis à l'appui de ma demande et j'accepte que l'intégralité des informations figurant dans le présent dossier soit communiquée aux organismes sollicités dans le cadre de l'étude de ma demande d'aide.

Date :

Signature de l'assuré(e) OBLIGATOIRE

### Textes de loi

*Articles L 114.13 du Code de la Sécurité Sociale : est passible d'une amende de 5 000 € 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.*

*La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, et 313-2 et 441-6 du Code Pénal).*

*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 vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie.*

Votre dossier (complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées en page 4)  
est à adresser à :

Assurance Maladie du Val-de-Marne  
Service des Aides Financières Individuelles  
94031 CRETEIL cedex

## LES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Les justificatifs de ressources et de charges du mois précédant votre demande selon votre situation (Cf. tableau ci-dessous)
- Votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition (à joindre obligatoirement)

Ressources mensuelles selon votre situation	
Revenus liés à une activité	Bulletin de salaire ou revenus d'apprentissage et de formation
	Attestation France Travail <i>ex pôle emploi</i>
	Indemnités journalières
	Complément d'indemnités journalières, prévoyance
	Revenu d'activité non-salariée, déclaration URSAFF
	Prime d'activité
Pensions et rentes	Pension d'invalidité
	Majoration tierce personne
	Pension retraite (dont ASPA)
	Pension de réversion
	Retraite complémentaire
	Pensions civiles et militaires
	Rentes accident du travail ou survivant
	Allocation veuvage
Prestations diverses	RSA
	Allocations familiales
	Allocation parent isolé
	Prestations spécifiques personnes âgées ou handicapées (AEEH, APA, AAH)
	APL / AL
	PAJE, AJPA, AJPP
	Autres prestations compensatoires
Autres ressources	Revenus mobiliers ou immobiliers
	Pension alimentaire
	Bourse d'études supérieures

Charges mensuelles
Loyer
Taux d'amortissement d'accession à la propriété
Déclaration d'hébergement, attestation de domiciliation
Taxe foncière
Pension alimentaire versée
Complémentaire santé