

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

CACHET DU SERVICE EXPEDITEUR

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

NOM _____

Prénom _____

Adresse _____

N° d'immatriculation _____

N° de téléphone _____

Adresse Courriel _____

SITUATION DU DEMANDEUR

(les rubriques doivent obligatoirement être cochées par l'assuré)

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié(e) PACS Concubin(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

SITUATION ADMINISTRATIVE

Salarié Chômeur Invalide Retraité Rentier A.T. Allocataire Adulte Handicapé
Autres, précisez _____

Connaissez-vous une assistante sociale ? oui non

Si oui, précisez : Nom _____ Assurance Maladie Autres

SITUATION DU DEMANDEUR

| Membres | Nom et prénoms | Date de naissance | N° d'immatriculation |
|----------------------------------|----------------|-------------------|----------------------|
| Conjoint ou concubin | | | |
| Enfants | | | |
| Autres personnes vivant au foyer | | | |

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'Assurance Maladie.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du code pénal, article L.114-17-1 du code de la Sécurité sociale).

A _____ Le _____ Signature originale du demandeur (obligatoire) :



NOTICE D'INFORMATIONS

**Vous n'avez pas droit à la
Complémentaire Santé Solidaire
mais vos ressources
sont faibles.**

**La CPAM du Val-de-Marne peut
vous aider à réduire vos
frais de cotisation.**

Merci de nous retourner :

- la copie du contrat comportant les bénéficiaires ainsi que le montant annuel de la cotisation
- le formulaire joint complété et signé.

**La demande ORIGINALE complète
doit être adressée à :**

**L'ASSURANCE MALADIE
DU VAL-DE-MARNE**

Service des Aides Financières Individuelles

94031 CRETEIL CEDEX