

## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

[Vous devez avoir déclaré un médecin traitant]

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	Profession	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**