

Téléphone

Objet Conditions d'attribution de prestations supplémentaires et de secours

Instituée au sein du Conseil d'administration, une commission dispose de fonds prélevés sur le budget d'action sociale de la Caisse primaire d'assurance maladie, pour aider les assurés se trouvant en situation financière difficile, ou ayant à assumer des dépenses exceptionnelles.

C'est ainsi, par exemple, qu'elle examine les demandes présentées à l'occasion :

- d'achats d'appareil insuffisamment remboursé en application des textes réglementaires (optique, prothèse dentaire, prothèse auditive, ...),
- de soins médicaux justifiés mais non remboursables,
- de transports non pris en charge légalement,
- de toute situation particulière difficile liée à la maladie.

Toutefois, la Commission d'Attribution des Prestations Supplémentaires et Secours statue notamment sur un critère de ressources, en fonction de la nature des dépenses ; en outre, elle reste seule juge de sa décision. En conséquence, si vous entendez solliciter une aide exceptionnelle justifiée par votre situation sociale, il vous appartient de déposer une demande en complétant le présent imprimé et en le retournant dûment rempli, **accompagné de toutes les pièces justificatives au :**

9 rue Gaëtan-Rondeau
44958 NANTES CEDEX 9

Téléphone : 0 820 904 187

Veuillez agréer, M. [Nom], l'expression de ma considération distinguée.

Le responsable du dossier,

Déclaration de l'assuré (e)

Je sollicite l'attribution d'une aide financière pour le motif suivant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Composition de la famille

SITUATION FAMILIALE ☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ (E) ☐ SÉPARÉ (E) ☐ VIE MARITALE ☐ DIVORCÉ (E) ☐ VEUF ou VEUVE ☐ PACS

NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AU FOYER ☐

NOM	PRÉNOM	Date de naissance	Lien de parenté	Profession employeur ou école

Ressources mensuelles

(joindre les justificatifs)

LES CHIFFRES INDICQUÉS DOIVENT CORRESPONDRE AU TOTAL DES RESSOURCES DE LA FAMILLE AVANT TOUTE DÉDUCTION AUTRE QUE LES COTISATIONS OBLIGATOIRES (sécurité sociale, assédic, régimes de retraites complémentaires).

RESSOURCES MENSUELLES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER	Assuré	Conjoint(e) Concubin(e) ou partenaire de PACS	Enfant ou ascendant	Enfant ou ascendant
SALAIRE ou COMPLÉMENT DE SALAIRE				
PRIME DE VACANCES , 13 ^{ème} mois, prime fin d'année				
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES				
INDEMNITÉS ASSÉDIC				
PENSION D'INVALIDITÉ y compris l'allocation du FSI (ex FNS)				
RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL				
CAISSE DE PRÉVOYANCE				
RETRAITE ou PENSION VIEILLESSE				
RETRAITES COMPLÉMENTAIRES				
ALLOCATION FONDS SPÉCIAL DE VIEILLESSE (ex FNS)				
PENSION MILITAIRE ou VEUVE DE GUERRE				
ALLOCATION POUR TIERCE PERSONNE				
ALLOCATION POUR ADULTE HANDICAPÉ (AAH)				
ALLOCATION COMPENSATRICE				
PRESTATIONS FAMILIALES (AF, API, AES)				
ALLOCATION LOGEMENT				
AIDE PERSONNALISÉE AU LOGEMENT (APL)				
PENSION ALIMENTAIRE				
REVENUS DE PROPRIÉTÉ				
REVENUS DE PLACEMENT				
RMI				
AUTRES RESSOURCES				

PRÉCISIONS IMPORTANTES

- Adhérez-vous à une mutuelle ou assurance complémentaire ? ☐ OUI ☐ NON
- Si oui, de quelle mutuelle, compagnie d'assurance, ou institution de prévoyance s'agit-il ?
.....
- Bénéficiez-vous de la couverture maladie universelle ? ☐ OUI ☐ NON
- Taux ou montant de la participation accordée pour les frais faisant l'objet de la présente demande
.....
- Dans l'éventualité où cette demande concerne des frais de transport non pris en charge au titre des prestations légales, veuillez nous indiquer les motifs qui vous ont amené à utiliser ce mode de transport
.....
- Adressez les justificatifs de votre demande (devis, facture, volet de décompte...)
- Joindre **obligatoirement** votre dernier avis d'imposition et un relevé d'identité bancaire ou postal
- Etes-vous propriétaire ? ☐ OUI ☐ NON Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? ☐ OUI ☐ NON
- Veuillez transmettre votre dernière quittance de loyer ou indiquer vos mensualités d'accession à la propriété

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS INDICQUÉS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE.
A LE SIGNATURE

FRAUDES

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L. 377.1 du Code de la Sécurité sociale et 150 du Code Pénal).
N.B. - La Caisse se réserve la possibilité de contrôler l'exactitude des déclarations faites.