

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : Demande d'aide financière exceptionnelle

Les aides financières de la CPAM ont un caractère **exceptionnel et ponctuel**. Elles sont soumises à des critères sanitaires et sociaux définis par le conseil de la CPAM des Flandres (conditions de ressources).

Votre dossier de demande d'aide, accompagné des pièces justificatives, est à faire parvenir à l'adresse suivante :

CPAM des Flandres
2 rue de la Batellerie CS 94523
59336 DUNKERQUE CEDEX 1

OBJET DE LA DEMANDE :

<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Orthodontie	<input type="checkbox"/> Auditif *	<input type="checkbox"/> Aménagement de logement lié à un handicap *
<input type="checkbox"/> Aide au paiement de la cotisation mutuelle	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Frais d'obsèques		
<input type="checkbox"/> Autres (prothèse capillaire, médicaments non remboursables, matériel médical, semelles orthopédiques...) à préciser :				
<input type="checkbox"/> Aide au répit proche aidant (-60 ans)	<input type="checkbox"/> Aide-ménagère et/ou portage repas ->	Prado : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Perte de salaire en lien avec un arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Prévention de la Désinsertion Professionnelle			

*Si votre handicap a été reconnu avant 60 ans, votre demande doit être adressée à la MDPH en premier lieu

Montant de l'aide demandée : € (si aide sollicitée inférieure à 150 €, indiquer les montants de vos ressources au tableau « Budget de la famille : ressources des 3 mois précédant la demande » et ne pas fournir les justificatifs**)

Etes-vous accompagné(e) par un intervenant social pour réaliser cette demande ? oui non

Si oui, Merci de préciser : Nom : Prénom :

Organisme : Mail : ☎ :

VOS COORDONNÉES :

Numéro de sécurité sociale : _/_/_/_/_/_/_/_		Numéro allocataire CAF :	
Nom :			
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf		
Adresse :			
Code postal : [][][][][]	Ville : .....	☎ : .....	.....

BÉNÉFICIAIRE (si différent de l'assuré) :

Nom : Prénom : Date de naissance :

COMPOSITION DU FOYER :

Nombre de personnes vivant au foyer : _ _

	Nom et prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Situation : salarié (si oui, précisez le nom de l'employeur), arrêt de travail, demandeur d'emploi, etc...
Demandeur				
Conjoint(e)				
Enfants ou autres personnes à charge de moins de 25 ans				

BUDGET DE LA FAMILLE : RESSOURCES DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

Nature des ressources	DEMANDEUR	CONJOINT	ENFANTS et/ou autres personnes vivant au foyer	Moyenne ressources (nettes) des 3 derniers mois si aide < 150€**	JUSTIFICATIFS À JOINDRE (sauf si aide < 150€)
REVENUS LIÉS A UNE ACTIVITE					
Salaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Bulletins de salaire
Indemnités chômage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
Indemnités journalières	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
Complément de salaire versé par l'employeur ou la prévoyance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Avis de paiement ou attestation de non prise en charge
Revenu d'activité non salariée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Copie intégrale du dernier avis d'imposition sur les revenus
PENSION ET RENTES					
Pension invalidité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
Complément de prévoyance invalidité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Décompte ou attestation de paiement
Retraites principales et/ou de réversion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Attestation de versement ou copies des relevés bancaires
Retraites complémentaires ou de réversion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Attestation de versement ou copies des relevés bancaires
Pension civile et militaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Attestation de versement
Rente accident du travail ou rente survivant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Attestation de versement
PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF					
Revenu de solidarité Active (RSA)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	ATTESTATION MENSUELLE DE VERSEMENT DE LA CAF DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE
Prime activité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
Allocations familiales	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
Allocation Logement ou Aide Personnalisée au Logement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
REVENUS DIVERS					
Pensions alimentaires perçues	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Justificatif de la perception/versement ou jugement de divorce
Pensions alimentaires versées	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
Revenus mobiliers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Copie intégrale du dernier avis d'imposition, des déclarations de revenus et leurs annexes
Revenus fonciers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON€	
Autres ressources (préciser)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Tout justificatif indiquant la nature et le montant des ressources perçues

CHARGES ET CRÉDITS :

CHARGES DE TOUTE PERSONNE VIVANT DANS LE FOYER			
Nature	Mensualité	Dettes (joindre les justificatifs d'impayés)	Pièces justificatives
Loyer / crédit immobilier Vous êtes : <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> hébergé	..... €	..... €	- Quittance de loyer - Tableau d'amortissement - Attestation de la personne qui vous héberge précisant le lien que vous avez avec cette personne et son justificatif de domicile
Eau	..... €	..... €	Aucune
Gaz	..... €	..... €	Aucune
Electricité	..... €	..... €	Aucune
Assurance (habitation, voiture)	..... €	..... €	Aucune
Téléphone/Internet	..... €	..... €	Aucune
Complémentaire santé	..... €	..... €	Aucune
Taxes (habitation, foncière, ordures ménagères)	..... €	..... €	Aucune
Pension alimentaire versée	..... €	..... €	Justificatif de versement ou jugement de divorce
Dossier de surendettement	<input type="checkbox"/> Mensualité à rembourser :€ <input type="checkbox"/> Suspension/ effacement de dette		Plan de surendettement précisant la date de début et la date de fin
Autres : € €	

CREDITS (auto, consommation...)

Nature	Organisme	Mensualité	Date de début	Date de fin	Dettes

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE :

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par une Complémentaire Santé (mutuelle) ?

OUI NON DEMANDE EN COURS COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Nom et adresse de l'organisme : _____

Si vous avez une mutuelle, **joindre les justificatifs de prise en charge ou de refus** de prise en charge des frais concernant votre demande

AUTRES FINANCEURS :

Avez-vous fait une demande, pour le même motif à un ou plusieurs organismes (MDPH, AGEFIPH, Fond social de votre mutuelle, complémentaire retraite, CCAS, association, etc...) ?

OUI Lesquels : _____ NON

Une aide vous a-t-elle été accordée ? OUI NON (joindre la copie de la notification de décision d'accord ou de refus)

AVIS MOTIVÉ :

Éléments que vous souhaitez porter à notre connaissance :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et ne bénéficier d'aucune autre ressource. J'ai pris note que les décisions de la Commission ne peuvent être contestées.

Fait à le

Signature du demandeur :

Quelle que soit la décision arrêtée par la Commission déléguée du Conseil de la Caisse, vous serez informé(e) par courrier.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (articles L 377.1 du code de la sécurité sociale et 441.1 du nouveau code pénal). La loi 78.17 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR :

Pièces à joindre obligatoirement à tous les dossiers :

- Ressources de chacun des membres du foyer des 3 mois qui précèdent le dépôt du dossier
- Avis d'imposition (recto/verso)
- Attestation de la CAF précisant les prestations perçues pour les 3 derniers mois
- Justificatifs du loyer ou tableau d'amortissement si prêt immobilier

Aides demandées	Pièces à joindre
AIDE MÉNAGÈRE, PORTAGE DE REPAS	- Si la demande fait suite à une sortie d'hospitalisation : le bulletin d'hospitalisation - Si demande hors sortie d'hospitalisation : Prescription médicale Dans tous les cas indiquer : Nombre d'heures par semaine souhaité, l'association choisie, la date de début d'intervention souhaitée
DENTAIRE (hors parodontologie et surfaçage radiculaire), ORTHODONTIE	- Devis ou facture - Notification de participation de la mutuelle
AUDITIF (hors bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire)	- Prescription médicale - 2 devis de fournisseurs différents ou facture - Notification de participation de la mutuelle Participation ou refus de participation de la MDPH pour les assurés non retraité
OPTIQUE (hors bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire)	- Prescription médicale - 2 devis de fournisseurs différents ou facture + Notification de participation de la mutuelle
TICKET MODÉRATEUR	- Factures ou avis de sommes à payer détaillés (si hospitalisation) - Prescription médicale (si soins)
PROTHÈSES CAPILLAIRES	- Devis ou facture + Notification de participation ou refus de la mutuelle
FRAIS D'HOSPITALISATION	- Avis initiaux des sommes à payer détaillés de l'hôpital (ou autre établissement) ou facture
AIDE A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	- Copie du contrat mutuelle et échéancier en cours (et justificatifs d'impayés de mutuelle, s'il y a) 2 devis de contrats de mutuelles différentes à garanties équivalentes, si vous rencontrez des difficultés financières pour vous mutualiser
PERTE DE REVENUS liée à la maladie, accident de travail, le passage en invalidité	- Les indemnités journalières prévoyance Nous indiquer si vos crédits en cours sont pris en charge par votre assurance pendant votre arrêt
PRODUITS ET ACTES NON REMBOURSABLES	Facture ou devis + Prescription médicale
FRAIS D'OBSÈQUES (âgé de moins de 20 ans)	Factures ou devis + Notification de participation de la CAF

A noter que les demandes suivantes font l'objet systématique d'un refus : chaussures médicales ; bas de contention ; soins de pédicurie ; fournitures pour incontinence ; les vignettes oranges ; les surfaçages radiculaires ; les demandes d'aide-ménagère lorsqu'il y a 2 enfants de moins de 14 ans au foyer (la demande est à adresser à la CAF) ; l'hébergement pour cures thermales ; les frais d'obsèques pour les adultes de plus de 20 ans ; dépassements d'honoraires ; hospitalisation en chambre particulière.