

DEMANDE DE SECOURS SOCIAL

Des prestations sociales peuvent vous être accordées **sous condition de ressources et en application des barèmes définis par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale (ASS)**.

Pour soumettre votre dossier à la commission ASS, veuillez nous retourner cet imprimé dûment complété, accompagné des pièces justificatives demandées.

1. ASSURÉ

N° d'immatriculation : N° CAF :
Nom : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
..... Code postal : Ville :
N° de tel : E-mail :
 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf

2. OBJET DE LA DEMANDE *(décrire le plus précisément possible)*

Je sollicite une aide exceptionnelle pour :
.....
.....

Le montant de ma demande s'élève à : euros

Avez-vous bénéficié d'une aide auprès d'un autre organisme pour cette prestation ? Oui Non

Si oui, auprès de quel(s) organisme(s) :

Décision(s) intervenue(s) et montant des aides accordées :

Si votre demande concerne une aide ménagère ou un garde malade, merci de préciser l'association que vous avez sollicitée :

Si votre demande concerne un appareillage lié à votre handicap, avez-vous fait une demande auprès de la Maison Départemental des Personnes Handicapées – MDPH ? Oui Non

3. BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Conjoint / concubin Enfant Autre :

4. PERSONNES VIVANT AU FOYER

N° d'immatriculation	Nom et prénom	Date de naissance	Parenté	Situation professionnelle	Est-il adhérent à un organisme complémentaire santé ? Préciser le nom de l'organisme

5. CHARGES MENSUELLES

Locataire Propriétaire

Hébergé(e) → Précisez : nom, prénom et lien de parenté

.....

Charges mensuelles	Montant
Loyer hors charges	
Prêt accession à la propriété	
Impôts sur les revenus, taxe foncière, taxe d'habitation (joindre l'avis d'imposition le plus récent)	
Complémentaire Santé	
Prêts divers / crédits à la consommation	
Pension alimentaire versée	
Autres charges et retenues	
TOTAL	

Un forfait sera pris en considération pour les frais d'énergie et de télécommunication.

6. RESSOURCES MENSUELLES DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Ressources mensuelles	Assuré	Conjoint/ concubin	Enfant	Enfant	Autre (à préciser) :
Salaires					
Indemnités journalières					
Complément employeur ou Caisse de prévoyance					
Allocation chômage					
Revenus d'activité non salariée					

Invalidité					
Complément Prévoyance					
Rente Accident du Travail					
Retraite principale					
Retraite complémentaire					
Majoration tierce personne					
Prestation de Compensation du Handicap (PCH)					

RSA					
Allocation familiale					
APL					
Allocation Adulte Handicapé (AAH)					
Allocation d'Éducation pour Enfant Handicapé (AEEH)					

Revenus immobiliers					
Pension alimentaire perçue					
Bourse d'étude					
TOTAL					

Épargne disponible	Nombre de comptes	Montant total		Nombre de comptes	Montant total
Livret A (ou livret bleu)			Plan Épargne Retraite Populaire (PERP)		
Livret B (ou compte sur livret)			Assurance vie		
LEP (Livret d'Épargne Populaire)			PEA (Plan d'Épargne en Actions) et compte titres		
Livret jeune			SICAV et Fonds communs de placement		
Livret développement durable (ex-CODEVI)			Compte à terme et compte courant rémunéré		
Plan ou Compte Épargne Logement (PEL – CEL)					

Je, soussigné(e), atteste sur l'honneur que les déclarations portées sur cet imprimé sont exactes.

Fait à : Le :

Signature obligatoire

La Caisse Primaire d'assurance Maladie procédera à tous les contrôles jugés utiles auprès des administrations ou organismes compétents. Sont punies d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations (articles L114-13 du code de la sécurité sociale et 441-1 du code pénal).

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Les photocopies des justificatifs de toutes les ressources, indiquées dans le tableau au paragraphe 6 du présent document, de l'assuré et des personnes vivant au foyer. Ces photocopies doivent porter sur les 3 derniers mois :

- ▶ retraite principale et complémentaire
- ▶ allocation PÔLE EMPLOI
- ▶ bulletins de salaire
- ▶ invalidité
- ▶ Allocation adulte handicapé
- ▶ RSA
- ▶

Important : Pour les personnes en arrêt de travail, joindre le bulletin de salaire avant l'arrêt de travail.

Les photocopies des justificatifs de toutes les charges, indiquées dans le tableau au paragraphe 5 du présent document, de l'assuré et des personnes vivant au foyer :

- ▶ dernier avis d'imposition ou non-imposition sur le revenu des personnes vivant au foyer (tous les feuillets)
- ▶ La photocopie du dernier avis de taxe d'habitation et taxe foncière
- ▶ La photocopie de votre quittance de loyer ou de l'échéancier du prêt « Accession à la propriété » ou l'attestation d'hébergement à titre gracieux (selon le cas)
- ▶ Une photocopie de l'appel de cotisations de la complémentaire santé
- ▶ La photocopie des échéanciers mensuels de vos prêts à la consommation et prêts divers
- ▶

Une lettre explicative motivant votre demande

Le certificat médical ou la prescription médicale

Pour les actes dentaires non pris en charge par l'Assurance Maladie : le schéma dentaire, la radio panoramique, le plan de traitement détaillé et un courrier argumenté de votre dentiste

Le justificatif des dépenses : facture ou devis détaillé

L'attestation de la complémentaire santé (mutuelle) précisant le montant de sa participation ou de sa non-participation

À RENVoyer À 

CPAM du Gard
Secrétariat de la commission des prestations supplémentaires
30921 NÎMES CEDEX 9

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA PAS ÊTRE INSTRUIT

En l'absence de ces justificatifs, votre demande de prestation exceptionnelle ne pourra être traitée.