

NATURE DES RESSOURCES

****Fournir la copie des 4 pages de votre dernier **AVIS D'IMPOSITION******

INDIQUEZ LES RESSOURCES de l'ensemble des personnes vivant sous le même toit

	ASSURE	CONJOINT	ENFANTS, Autres
SALAIRES	€	€	€
RETRAITES (mensuelles)			
PENSION D'INVALIDITE			
RENTE AT			
CHOMAGE			
Complément employeur et/ou prévoyance*			
AUTRES			

*Dans le cadre d'une demande liée à une perte de ressources suite à un arrêt de travail merci de fournir le décompte du complément employeur et/ou de votre prévoyance

CHARGES FINANCIERES

Locataire <input type="radio"/> Colocataire <input type="radio"/>	Indiquez le montant du loyer hors APL	€
	Indiquez le montant de l'APL	€
Propriétaire : avez-vous un prêt en cours pour accession à la propriété ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON si oui, indiquez le montant	€
Votre crédit immobilier est-il pris en <u>charge par une assurance</u> ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Hébergé.e temporairement à titre gratuit <input type="radio"/> OUI depuis le :	par :	

AUTRES charges mensuelles

Assurances (habitation, automobile...)	€
Eau, électricité, chauffage	€
Mutuelle	€
Téléphone / internet	€
Crédits, précisez la nature :	€
Pension alimentaire versée	€
Autres, précisez :	€

DETTES

Dans le cadre d'une demande d'un **rééquilibrage budget** merci de nous transmettre vos éventuels justificatifs de dettes **UNIQUEMENT** : loyer / EDF / GAZ / EAU / FUEL et autres moyens de chauffage / Cantine / impôts Dans la mesure du possible merci de nous transmettre le RIB de votre créancier

VOTRE MUTUELLE, votre assurance ou votre CSS...

Avez-vous une mutuelle ou une assurance ? Oui Non

Indiquez le montant de la participation de votre mutuelle pour cette demande : _____ €

Bénéficiez-vous de la CSS ? Oui Non

Avez-vous une demande CSS en cours? Oui Non

Certaines mutuelles disposent aussi de fonds sociaux susceptibles de cofinancer vos soins.

N'hésitez pas à leur faire une demande !

Si vous avez sollicité un autre organisme (CCAS, association...) merci de joindre leur décision.

SI VOTRE DEMANDE CONCERNE...

UNE PRESTATION DENTAIRE / IMPLANTOLOGIE

S'agit-il d'une pose pour 2 **implants** ou plus, permettant la stabilisation d'une prothèse/bridge ? Oui Non

Pièces à fournir pour toutes les prestations « dentaire » :

* Devis détaillé ou facture,

* attestation mutuelle indiquant le montant du remboursement ou mentionnant la non prise en charge.

Pour l'orthodontie préciser la date de la demande d'entente préalable :/...../.....

UNE DEMANDE D'AIDES MENAGERES *Pour les personnes seules de moins de 75 ans*

ou dont les autres membres du foyer sont dans l'incapacité d'aider.

Si vous percevez des allocations familiales de la CAF merci de leur adresser votre demande.

Si vous avez plus de 75 ans merci d'adresser votre demande à votre caisse de retraite.

S'agit-il d'une première demande ? D'un renouvellement* ?

Date de début d'intervention souhaitée :

Pièces à fournir : certificat médical indiquant le nombre d'heures nécessaires **et** la durée d'intervention.

* Dans le cadre d'un **renouvellement**, un argumentaire est nécessaire – un seul renouvellement est possible.

Nom	<u>PRESTATAIRE</u>
Adresse :	
Mail	
Téléphone :	

TAMPON – OBLIGATOIRE - DE LA STRUCTURE QUI S'ENGAGE A INTERVENIR
--

PIECES A TRANSMETTRE	AUTRES PRESTATIONS...	PIECES COMPLEMENTAIRES
	HOSPITALISATION / MEDICAMENTS / forfait journalier / Ticket modérateur(TM)	Avis de sommes à payer
DEVIS FACTURE DETAILLEE ATTESTATION MUTUELLE indiquant le montant du remboursement ou mentionnant la non prise en charge.	ONCOLOGIE : pour les frais* engendrés par votre maladie, les achats effectués en pharmacie ou parapharmacie (sauf prothèse capillaires, manchon, turban...). Les achats réalisés à l'étranger ou sur internet seront refusés. <i>* Exemples : SPORT SANTE, crème, tatouage suite à une mammectomie (partenariat avec Sœurs d'Encre), vernis à ongle spécifique, ostéopathie....</i>	Prescription médicale pour les médicaments non remboursables et le Sport Santé
	AUDITIF / SEMELLES / OPTIQUE /AUTRES...	Prescription médicale
	PSYCHOMOTRICITE/ NEUROPSYCHOLOGIE : pour les enfants, merci de nous indiquer si un dossier a été déposé à la MDPH.	Prescription médicale, conclusion du bilan
	HANDICAP (auditif, optique, matériel...). Pour les moins de 60 ans merci de faire votre demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et à son Fond de Compensation (FDCH).	Prescription médicale et les notifications de décisions de la MDPH / FDCH.

CONTEXTE

Une personne vous aide-t-elle dans vos actes au quotidien ?

Oui, il s'agit de mon conjoint mon enfant autre – A préciser ci-dessous non

Merci de nous décrire en quelques mots votre demande,
n'hésitez pas à joindre un courrier, l'argumentaire de votre médecin, du spécialiste, d'une assistante sociale...

**Merci d'adresser ce dossier à : CPAM-ASS
Place de l'Europe - 33085 Bordeaux cedex**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste n'avoir aucune autre ressource.

Fait le :

Signature **OBLIGATOIRE**

Si les soins ne sont pas encore réalisés, l'aide sera payée directement au professionnel de santé. Ce dispositif s'applique sous conditions de ressources, hors bénéficiaires AME et hors bénéficiaires de la CSS pour les prothèses auditives, prothèses dentaires et optique qui sont pris en charge dans le panier de soins. La décision qui vous sera notifiée par courrier ne pourra faire l'objet d'aucun recours. Si vous avez besoin d'aide pour compléter votre dossier : contactez un(e) assistant(e) social(e) de votre commune. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (art. 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. 01 JUIN 2023