

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

NOM : **PRENOM :**

N° de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Motif de la demande :

La Commission se réserve la possibilité de refuser une aide financière si les frais ont déjà été engagés par l'assuré.
Il est donc conseillé de déposer la demande d'aide financière à l'appui de devis et non de factures.

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A VOTRE DEMANDE D'AIDE

Pour compléter votre demande, vous devez joindre dans tous les cas pour chaque membre du foyer :

- Justificatifs de ressources des trois mois précédents la date de la demande (salaires, allocations Pôle Emploi, Indemnités journalières,...)
- Justificatifs des prestations versées par la CAF
- Justificatifs de retraites ou pensions
- Avis d'imposition ou de non-imposition

En plus, joindre la prescription médicale vous orientant vers ce spécialiste, le devis du spécialiste avec le nombre de séances, la durée du suivi et le tarif.

La participation mutuelle ou le refus de participation.

POUR LES FRAIS DENTAIRES/ ORTHODONTIE

- Un premier devis signé par votre praticien ainsi qu'un deuxième devis proposant une alternative thérapeutique ou deux devis établis par deux praticiens différents
- Un devis établi par votre orthodontiste sur lequel apparaît le montant par semestre de traitement
- L'attestation de la mutuelle avec le montant de pris en charge ou le refus notifié de prise en charge.

POUR L'OPTIQUE –UNIQUEMENT POUR VERRES TEINTES PRESCRITS –OU EQUIPEMEME NT HORS 100% MEDICALEMENT JUSTIFIE.

- Deux devis d'un ou deux opticiens où doivent figurer le détail des différents suppléments tarifaires.
- La prescription médicale
- L'attestation de la mutuelle avec le montant pris en charge.

+ Un certificat médical indiquant la raison pour laquelle l'offre 100% Santé n'est pas applicable à votre correction visuelle.

POUR LES SEMELLES ORTHOPEDIQUES

- Le devis ou la facture
- La prescription médicale
- L'attestation de la mutuelle avec le montant pris en charge

POUR LES PROTHESES AUDITIVES

- Un ou deux devis signé(s) du ou des fournisseurs.
- La prescription médicale
- L'attestation de la mutuelle avec le montant pris en charge
- L'option d'un appareillage classe II doit être médicalement justifié

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MEMBRES DU FOYER

DEMANDEUR		Nom :	Prénom :
Date de naissance		N° de sécurité sociale	
Situation familiale		N° CAF	
Situation professionnelle			
Téléphone			
CONJOINT /CONCUBIN		Nom :	Prénom :
Date de naissance		N° de sécurité sociale	
Situation professionnelle			
ADRESSE			

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER				
Qualité	Nom	Prénom	Date de naissance	Situation scolaire ou professionnelle

DETAIL DE LA DEMANDE :

Couverture complémentaire : OUI NON

Si Oui Préciser :

Remboursements :

Montant du remboursement de la sécurité sociale:

Montant du remboursement de la mutuelle: (Joindre le justificatif)

Aides :

Aides supplémentaires sollicitées : OUI NON

Préciser :

Montant accordé :

Les frais engagés sont-ils dus à un accident provoqué par un tiers ? OUI NON

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le présent formulaire.

Fait à le

Signature

BUDGET DU FOYER MENSUALISE

Ressources et charges de l'ensemble du foyer

RESSOURCES		MONTANTS	CHARGES		MONTANTS
<input type="checkbox"/> Salaire net	- de l'assuré(e)		<input type="checkbox"/> Loyer		
	- du conjoint ou concubin		<input type="checkbox"/> Prêt Accession à la Propriété *		
	- des enfants		<input type="checkbox"/> Electricité		
<input type="checkbox"/> Allocation Pôle emploi	- de l'assuré(e)		<input type="checkbox"/> Chauffage (Fioul / Bois / Gaz)		
	- du conjoint ou concubin		<input type="checkbox"/> Eau / assainissement		
	- des enfants		<input type="checkbox"/> Complémentaire Santé		
<input type="checkbox"/> Pension d'invalidité	- de l'assuré(e)		<input type="checkbox"/> Assurance maison		
	- du conjoint ou concubin		<input type="checkbox"/> Assurance voiture		
<input type="checkbox"/> Complément invalidité			<input type="checkbox"/> Assurance autres :.....		
<input type="checkbox"/> Pension de retraite	- de l'assuré(e)		<input type="checkbox"/> Impôts sur le Revenu		
	- du conjoint ou concubin		<input type="checkbox"/> Taxe Foncière		
<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s)			<input type="checkbox"/> Taxe d'habitation		
<i>Si arrêt de travail :</i>			<input type="checkbox"/> Téléphone / Internet		
<input type="checkbox"/> Indemnités journalières			<input type="checkbox"/> Pension alimentaire versée		
<input type="checkbox"/> Complément employeur			<input type="checkbox"/> Frais de scolarité (Cantine, Bus,...)		
<input type="checkbox"/> Complément prévoyance			<input type="checkbox"/> Crédits (Voiture / Consommation)		
<input type="checkbox"/> Rente Accident du Travail					
<input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé	<input type="checkbox"/> RSA				
<input type="checkbox"/> Allocations Familiales					
<input type="checkbox"/> Allocation d'aide au logement			<input type="checkbox"/> Autres		
<input type="checkbox"/> Bourses d'études					
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire perçue					
<input type="checkbox"/> Autres.....					
TOTAL RESSOURCES			TOTAL CHARGES		
RESTE A VIVRE					

* Ne mentionner que les montants non pris en charge par les assurances

DETTES ET IMPAYES		
Nature	Montant du	Echéancier mis en place

Vous avez rempli votre demande. Veillez à ce que toutes les rubriques soient complétées. Joignez aussi les pièces justificatives nécessaires liées à votre demande.