

## Demande d'attribution d'une aide financière

Madame, Monsieur,

**Vous souhaitez solliciter une demande d'aide financière, merci de compléter toutes les rubriques de ce questionnaire, le dater et le signer (déclaration sur l'honneur) en joignant impérativement toutes les pièces justificatives demandées.**

Seul un dossier complet pourra être présenté à la Commission des Prestations Supplémentaires et des aides financières.

Vous serez informé(e) par écrit de la décision prise par la Commission de vous attribuer ou non le bénéfice d'une aide financière.

### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E) ET DU BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE

#### ASSURÉ(E)

Nom et prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Situation familiale :  Célibataire  Marié  Divorcé  Séparé  Pacsé  Autre

Adresse personnelle : .....

N° téléphone fixe et /ou portable : ..... Mail : .....

N° d'allocataire CAF : .....

Êtes-vous déjà accompagné(e) par un(e) Assistant(e) social(e) ou travailleur social ?  Oui  Non

- Si oui, son nom et son service : .....

Êtes-vous sous tutelle ou curatelle ?  Oui  Non

- Si oui, son nom et ses coordonnées : .....

#### BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE (ne pas compléter si assuré(e) identique)

Nom et prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### COMPOSITION DU FOYER

Qualité	Nom – Prénom	N° Sécurité Sociale	Date de naissance	Situation <small>(salarié, en recherche d'emploi, retraité, pensionné, invalide, scolarisé, autre à préciser....)</small>
Assuré(e)				
Conjoint(e)				
Enfant(s) vivant au foyer				
Autre(s) personne(s) au foyer				

### VOTRE DEMANDE CONCERNE

- Prothèse(s) auditive(s)       Optique       Orthodontie       Dentaires (prothèses, autres)
- Frais relevant d'une hospitalisation       Frais d'obsèques       Chirurgie reconstructrice ou dermopigmentation
- Aide ponctuelle liée à votre rupture de droit de la Complémentaire Santé Participative (C2SP) due à :
  - Perte du conjoint       Séparation       Perte d'emploi       Arrêt maladie       Invalidité
  - Charges financières exceptionnelles importantes et inopinées
- Arrêt maladie entraînant un déséquilibre budgétaire (en arrêt depuis le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_)
- Fournitures (médicales et paramédicales) et actes non remboursés par l'Assurance Maladie
- Prise en charge de la facture d'un interprète en Langue des Signes pour les personnes en situation de surdité
- Autres (à préciser) .....

**Montant sollicité :** ..... €

07 90 72 64 23 41 41 32 69