

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Bénéficiez-vous de la C2S ou C2SP (Complémentaire Santé Solidaire ou Participative) ?

Oui Montant de cotisation mensuel :€ Non Demande en cours

Adhérez-vous à une complémentaire santé ?

Oui Montant de cotisation mensuel :€ Non Demande en cours

Renseignez-vous auprès de votre Caisse d'Assurance maladie au **36 46** ou sur www.ameli.fr pour connaître vos droits éventuels et les démarches à suivre pour bénéficier de la C2S ou C2SP car ces droits peuvent couvrir une partie de vos frais médicaux.

ORGANISMES DÉJÀ SOLLICITÉS POUR CETTE DEMANDE

Avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes ? (Aide sociale, CAF, comité d'entreprise, organisme complémentaire, MDPH, AGEFIPH, ...)

OUI : Lesquels : Montant de ou des aide(s) obtenue(s) :€

NON Demande en cours – date à préciser : ___ / ___ / ____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

motivant votre demande d'aide financière ou joindre éventuellement une lettre sur papier libre

.....

.....

.....

BUDGET MENSUEL DES PERSONNES VIVANT AU FOYER

Toutes les aides sont soumises à condition de ressources

Nature des ressources : <u>du mois précédant la demande</u>				Nature <u>des charges mensuelles</u>	
	Assuré	Conjoint ou partenaire	Enfant(s) et/ou autre(s)	Pour le foyer	Montants
Salaires				Loyer	
Retraites de base + Retraites complémentaires				Accession à la propriété	
RSA				Participation à l'hébergement	
Prime d'activité				Autre (maison de retraite, ...)	
PAJE				Électricité, Gaz, Eau, Chauffage	
Pension alimentaire perçue				Pension alimentaire versée	
Autres ressources (préciser) :				Taxe d'habitation	
				Taxe foncière	
				Assurance habitation	
				Assurance voiture	
				Impôt sur le revenu	
				Autres charges (préciser) :	

Percevez-vous une rente accident du travail ou rente de survivant ? NON OUI montant :€

Percevez-vous une pension civile ou militaire ? NON OUI montant :€

Percevez-vous un complément de votre employeur en cas d'arrêt maladie ou d'invalidité (régime de prévoyance) ? NON OUI montant :€

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration

Fait à, le ___ / ___ / ____

Signature (obligatoire) :

« En application de la loi du 6 janvier 1978, modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'Assurance maladie. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations » (articles L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, et 313-2 et 441-6 du Code Pénal).

La loi du 10 août 2018 dite « loi Essoc » prévoit le droit à l'erreur. Elle reconnaît la possibilité pour chacun de se tromper dans ses déclarations à l'administration sans conséquence pénale de la part de l'administration.