

DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse postale : _____

Ville: _____

Code postal: _____

Téléphone : _____

Mail : _____

N° immatriculation (CPAM):

N° allocataire (CAF): _____

Reconnaissance MDPH : Oui Non

NATURE DE LA DEMANDE

Si vous souhaitez une aide pour plusieurs motifs, merci de compléter autant de dossiers que de demandes

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> ORTHODONTIE | <input type="radio"/> HÉBERGEMENT |
| <input type="radio"/> DENTAIRE | <input type="radio"/> TRANSPORT |
| <input type="radio"/> OPTIQUE | <input type="radio"/> PERTE DE SALAIRE |
| <input type="radio"/> AUDITIF | <input type="radio"/> FOURNITURES / MÉDICAMENTS |
| <input type="radio"/> HOSPITALISATION | <input type="radio"/> APPAREILLAGE HANDICAP |
| <input type="radio"/> AIDE MÉNAGÈRE | <input type="radio"/> PSYCHOLOGIE / PSYCHOTHÉRAPIE |
| <input type="radio"/> AUTRES :..... | <input type="radio"/> ERGOTHÉRAPIE / PSYCHOMOTRICITÉ |

ATTENTION :
Joindre les pièces justificatives des dépenses à engager (devis) et prescription médicale correspondante

SITUATION FAMILIALE

- Célibataire Marié(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Attention, le tableau ci-dessous doit faire figurer chacune des personnes vivant dans le foyer

	Nom Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	N° de Sécurité sociale
Demandeur				
Conjoint/Concubin				
Enfants				
Autres personnes vivant au foyer				

RESSOURCES / CHARGES

- Si vous êtes allocataire de la CCSS, votre Quotient Familial (CAF) peut être pris en compte pour le calcul de la prise en charge
- Si vous n'êtes pas allocataire à la CCSS, merci de joindre votre dernier avis d'impôt sur les revenus

ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

Attention : l'adhésion à un organisme complémentaire est obligatoire pour pouvoir prétendre à une aide financière

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par un Organisme Complémentaire ?

OUI **NON**

S'agit-il de : **Mutuelle:** (veuillez préciser les coordonnées)

Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Si votre complémentaire prends en charge une partie des frais concernant votre demande, veuillez indiquer le montant :€

Important : Solliciter votre organisme complémentaire pour le remboursement légal mais veuillez également à solliciter un secours exceptionnel du fonds social de votre mutuelle (démarche obligatoire à faire en amont de ce dossier) en joignant les justificatifs (simulation de remboursement...).

AUTRES FINANCEURS

Avez-vous sollicité une autre aide auprès d'autres organismes?

OUI **NON**

Si oui, lesquels : _____

Une aide vous a-t-elle été accordée ?

OUI **NON**

Si oui, veuillez joindre la copie de la notification de décision.

DESTINATAIRE DU RÈGLEMENT

Selon la nature de la demande, l'aide sera payée en priorité au tiers intervenant (professionnel de santé, fournisseur, association..).

Cette mention sera précisée sur la notification de décision en cas d'accord.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Prescription médicale de moins de 1 an.
 - Participation ou non participation de la mutuelle.
 - Avis d'imposition.
 - Devis de moins de 1 an.

Pour les demandes dentaires:

- Panoramique dentaire
 - Argumentaire du professionnel ou descriptif des soins à réaliser

Pour les personnes en situation de handicap

- Participation Maison Départementale de Personnes Handicapées (MDPH)
 - Participation du Fonds de compensation du handicap

Merci de préciser vos remarques et/ou explications afin de motiver votre demande d'aide financière :

Le montant de ma demande s'élève à :€

Je **certifie sur l'honneur** l'exactitude des renseignements fournis et autorise les membres de la commission à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiant ma demande.

Fait à :

Signature :

Le :

Votre dossier de demande d'aide financière; **accompagné des pièces justificatives**; est à envoyer à l'adresse suivante :

Caisse Commune de Sécurité Sociale de la Lozère
Service d'Intervention Sanitaire et Social
Quartier des Carmes
48000 MENDE



social.ccss-lozere@assurance-maladie.fr

*Sont punis d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations;
Les dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent.*