



# DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Préalable à toute sollicitation : vous devez avoir souscrit une complémentaire santé

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

- ORTHODONTIE
- DENTAIRE
- OPTIQUE
- AUDITIF
- HOSPITALISATION
- AIDE MÉNAGÈRE
- AUTRES :.....
- HÉBERGEMENT
- TRANSPORT
- PERTE DE SALAIRE
- FOURNITURES / MÉDICAMENTS
- APPAREILLAGE HANDICAP
- PSYCHOLOGIE / PSYCHOTHÉRAPIE
- 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.



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.*