



DEMANDE D'AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE

Merci de remplir ce formulaire au stylo NOIR

• VOUS-MÊME

Vos nom et prénoms :

Votre n° de sécurité sociale :

Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un) :

Votre date de naissance :

Votre adresse :

Code Postal : Commune :

Votre Caisse de rattachement : Téléphone :

• BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE SOLLICITÉE

Nom et prénoms :

Date de naissance :

Lien de parenté :

• VOTRE DEMANDE CONCERNE

APPAREILLAGE

OPTIQUE

AUDITIF

TICKET MODERATEUR

FOURNITURES MEDICALES

TRANSPORT

FORFAIT JOURNALIER

AIDE COTISATION MUTUELLE

DENTAIRE (prothèses), ORTHODONTIE

AUTRES :

Renseignements complémentaires :

Je sollicite une aide exceptionnelle pour :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• Montant TOTAL de la dépense :euros

• Avez-vous une mutuelle ? OUI NON

• Avez-vous sollicité une aide d'un autre organisme ? OUI NON

Mutuelle MDPH Autres : Montant de cette aide

• S'agit-il d'un accident du travail ? OUI NON

• **RESSOURCES MENSUELLES (mois précédent la demande)**

TOUTES les ressources imposables et non imposables de toutes les personnes vivant à votre domicile.

| Nature des ressources | Montant pour le demandeur | Montant pour le conjoint, concubin, partenaire dans le cadre d'un PACS | Montant pour les autres personnes vivant au foyer |
|---|---|--|---|
| - Salaires Nets, traitements, gratifications et primes | € | € | € |
| - Indemnités journalières | € | € | € |
| - Complément de salaire (versé par l'employeur ou une caisse de prévoyance) ou d'invalidité | € | € | € |
| - Pensions (civile, militaire, viellesse, invalidité) | € | € | € |
| - Rentes accident de travail | € | € | € |
| - Retraites complémentaires (+ pension de reversion) | € | € | € |
| - Allocations versées par la CAF : | Ou attestation CAF détaillant le montant des prestations versées | | |
| - Allocation de logement | € | € | € |
| - Allocation aux Adultes Handicapés | € | € | € |
| - Allocations familiales | € | € | € |
| - Allocation de parent isolé | € | € | € |
| - Allocation de soutien familial | € | € | € |
| - PAJE | € | € | € |
| - RSA | € | € | € |
| - Prime d'activité | € | € | € |
| - Allocation d'éducation spéciale | € | € | € |
| - Bourse de l'enseignement supérieur * | € | € | € |
| - Allocation aide sociale | € | € | € |
| - Allocation veuvage | € | € | € |
| - Allocation chômage (Pôle Emploi) | € | € | € |
| - Allocation supplémentaire Invalidité (ASI, ex FNS) | € | € | € |
| - Pension alimentaire perçue | € | € | € |
| - Autres ressources (immobilières, mobilières, commerciales, artisanales...) | € | € | € |
| TOTAL DES RESSOURCES | € | € | € |

*Si vous êtes étudiant, joindre l'avis d'imposition de vos parents

| | |
|--|--|
| Charges (pensions alimentaires versées...) | |
|--|--|

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères.

Signature du demandeur

Fait à :

Le :

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et liberté» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données renseignées auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À VOTRE DEMANDE

POUR TOUTE DEMANDE :

- > Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition dans son intégralité.
- > Photocopie de la dernière quittance de loyer ou échéancier de votre accession à la propriété.

ET EN COMPLÉMENT SELON LA PRESTATION DEMANDÉE :

