

## Action Sanitaire et Sociale

### Formulaire de demande d'aide financière exceptionnelle

Les aides de l'ASS sont réservées aux assurés sociaux, ou leurs ayants-droits, affiliés à la **CPAM de la Drôme** ou à une section locale mutualiste drômoise.

La demande sera étudiée en commission d'Action Sanitaire et Sociale sur la base du présent formulaire dûment complété et des pièces justificatives fournies. Tout dossier incomplet fera l'objet d'un refus. Une personne du service pourra être amenée à vous recontacter pour vous demander des précisions et/ou vous proposer un accompagnement plus global dans le cadre de la Mission d'Accompagnement en Santé.

#### Objet de la demande d'aide (*fournir devis ou facture*)

- SOINS MEDICAUX\* (à préciser) .....
- FRAIS HOSPITALIERS                       MUTUELLE                       SECOURS EXCEPTIONNEL INVALIDE
- AUTRE DEMANDE (à préciser) .....

\* les demandes auditives concernent uniquement les personnes retraitées ; pour les autres s'adresser à la MDA

#### Assuré(e)

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

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_ Nom de l'allocataire : .....

NOM : ..... NOM DE JEUNE FILLE : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

☎ Fixe : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_ Mail : .....@.....

#### Situation de famille

- CELIBATAIRE                       MARIE(E) - EN CONCUBINAGE - PACSE(E)
- SEPARÉ(E) - DIVORCÉ(E)                       VEUF ou VEUVE

#### Bénéficiaires des soins

- ASSURÉ(E)                       CONJOINT(E)                       ENFANT(S)

NOM : ..... PRENOM : ..... NE(E) LE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

NOM : ..... PRENOM : ..... NE(E) LE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### Organisme complémentaire

Le bénéficiaire de l'aide est-il adhérent à :

- Complémentaire Santé Solidaire                       OUI                       NON                       DEMANDE EN COURS
- Mutuelle / Assurance Santé :                       OUI                       NON                       DEMANDE EN COURS

#### Autres financeurs

Une aide a-t-elle été accordée par un autre organisme ?                       OUI                       NON                       DEMANDE EN COURS  
(joindre le justificatif accord ou refus)

*Les informations personnelles délivrées via le présent formulaire et les pièces justificatives liées seront enregistrées dans un fichier informatisé à des fins de traitement de votre demande. L'accès à ces données personnelles est strictement limité aux employés habilités et tenus à une obligation de confidentialité.*

## COMPOSITION ET REVENUS DU FOYER

Le foyer se compose d'un parent isolé ou un couple (vie maritale, mariage, Pacs) et des enfants à charge de moins de 25 ans. Il convient de fournir l'ensemble des justificatifs de revenus des trois derniers mois des membres du foyer (bulletins salaire, attestation CAF, ...).

### Assuré(e)

Nom-Prénom :  Salarié(e)  Retraitée(e)  
 Invalidité  Allocataire CAF  
Date de naissance :  Rentier  Sans ressources  
 Demandeur d'emploi  Autres (à préciser)

### Conjoint(e)

### Concubine

Nom-Prénom :  Salarié(e)  Retraitée(e)  
 Invalidité  Allocataire CAF  
N° de sécurité sociale :  Rentier  Sans ressources  
Date de naissance :  Demandeur d'emploi  Autres (à préciser)

### Enfant à charge de moins de 25 ans

Nom-Prénom :  Salarié(e)  Demandeur d'emploi  
 Scolaire  Apprenti  
N° de sécurité sociale :  Etudiant  Autres (à préciser)  
Date de naissance :

### Enfant à charge de moins de 25 ans

Nom-Prénom :  Salarié(e)  Demandeur d'emploi  
 Scolaire  Apprenti  
N° de sécurité sociale :  Etudiant  Autres (à préciser)  
Date de naissance :

### Enfant à charge de moins de 25 ans

Nom-Prénom :  Salarié(e)  Demandeur emploi  
 Scolaire  Apprenti  
N° de sécurité sociale :  Etudiant  Autres (à préciser)  
Date de naissance :

### Enfant à charge de moins de 25 ans

Nom-Prénom :  Salarié(e)  Demandeur d'emploi  
 Scolaire  Apprenti  
N° de sécurité sociale :  Etudiant  Autres (à préciser)  
Date de naissance :

*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)*

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus.

Date :

Signature :

Dossier complet à renvoyer à l'adresse postale ci-dessous :  
CPAM DE LA DROME, Service Action Sanitaire et Sociale  
6 Avenue du Président Edouard Herriot,  
26024 VALENCE Cedex