



DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

Objet de la demande

Demandeur

Nom et prénom : N° téléphone :
N° Sécurité Sociale : Organisme complémentaire :
N° allocataire CAF : Date de naissance :
Adresse : N°: Rue :
Code postal : Commune :
Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale
Situation professionnelle :
Locataire Propriétaire

Conjoint, concubin, partenaire PACS

Nom et prénom : Date de naissance :
N° Sécurité Sociale : Situation professionnelle :
Organisme de Sécurité Sociale : N° allocataire CAF (si différent) :

Autres personnes de moins de 25 ans à charge ou vivant au foyer

Nom et prénom	Parenté	Date de naissance	N° de Sécurité Sociale	Situation professionnelle

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis.

Fait à Le.....

Signature :

Passé un délai de 2 mois le formulaire n'est plus recevable en l'état, la période des ressources doit être réactualisée.

Nous vous rappelons que toute fraude ou fausse déclaration peut entraîner l'application des sanctions prévues par les articles L3771 et suivants, du code de la Sécurité Sociale

Ce formulaire rempli, accompagné de tous les justificatifs demandés peut être déposé à un point d'accueil de la CPAM de la Loire ou retourné à :

**CPAM DE LA LOIRE – SERVICE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
CS 72701 – 42027 SAINT ETIENNE CEDEX 1**

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

(Documents lisibles, sans agrafes ni surligneur)

JUSTIFICATIFS DES 3 MOIS DE RESSOURCES PRÉCÉDANT LA DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

- Dernier avis d'imposition complet
- Relevé de toutes les prestations versées par la CAF
- Tous les justificatifs de revenus selon votre situation
 - Fiches de paie
 - Complément de salaire en cas d'arrêt maladie
 - Pôle emploi
 - Retraites principales et complémentaires (françaises et/ou étrangères)
 - Pension militaire
 - Revenus non-salariés
 - Bourses d'études supérieures des enfants
 - Pension alimentaire versée ou perçue
 - Tous autres revenus imposables ou non de tous les membres de la famille

JUSTIFICATIFS COMPLÉMENTAIRES SELON L'AIDE FINANCIERE SOUHAITEE

FRAIS D'OPTIQUE :

- Prescription médicale
- Devis de moins de 6 mois de 2 fournisseurs différents avec prise en charge de la complémentaire santé pour chaque devis ou facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé
- Pour les lentilles cornéennes, prescription spécifique

PROTHESES DENTAIRE :

- Devis de moins de 6 mois avec prise en charge de la complémentaire santé ou facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé

FRAIS D'ORTHODONTIE :

- Pour un début de traitement : devis avec prise en charge de la complémentaire santé
- à chaque semestre : Devis initial avec prise en charge de la complémentaire santé ou facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé

PROTHESES AUDITIVES :

- Prescription médicale
- Devis de moins de 6 mois de deux fournisseurs différents avec prise en charge de la complémentaire santé pour chaque devis ou facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé

FORFAIT JOURNALIER :

- Avis des sommes à payer original de l'établissement hospitalier
- Attestation de prise en charge ou de non prise en charge de la complémentaire santé

TICKET MODERATEUR :

- Avis des sommes à payer original de l'établissement hospitalier

FOURNITURES MEDICALES :

- Prescription médicale et, si nécessaire, un argumentaire de la part du médecin
- Devis de moins de 6 mois avec prise en charge de la complémentaire santé
- Facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé

AIDE POUR UNE COMPLEMENTAIRE SANTE :

- Appel de cotisation de l'année en cours sous forme d'échéancier

PERTE DE REVENUS :

- 3 fiches de paie précédant l'arrêt de travail
- Justificatifs des compléments de salaire ou attestation de non versement de complément de salaires établie par l'employeur

EN ATTENTE REVENUS DE SUBSTITUTION :

- 3 fiches de paie précédant l'arrêt de travail
- Justificatifs de versement des compléments de salaire ou Attestation établie par l'employeur
- Attestation de prise en charge, ou de refus, des crédits d'accession à la propriété, délivrée par les organismes de prêts.
- Pour les TI, attestation des ressources par le comptable
- Copie de la demande de pension d'invalidité ou de Rente AT en cours ou Attestation sur l'honneur qu'une demande est en cours (date de dépôt < 1 mois)

AIDE AUX PENSIONNES :

Aucuns justificatifs complémentaires

PRIME DE FIN DE REEDUCATION :

- Attestation de reconnaissance de travailleur handicapé suite à un accident du travail
- Attestation de début et fin de stage précision si obtention ou non du diplôme
- Avis du chef d'établissement
- Extrait original de casier judiciaire de moins de 3 mois
- Estimation des dépenses occasionnées par le stage si hors département
- Situation professionnelle précise au moment de la demande

REINSERTION PROFESSIONNELLE :

Pour les frais de formation :

- Dates de début et fin de formation
- Prise en charge du Compte Personnel de Formation (CPF)
- Devis ou facture du coût de la formation

Pour les frais annexes à la formation :

- Dates de début et fin de formation
- Devis ou facture acquittée des frais d'hébergement
- Evaluation et/ou justificatifs de tous types de dépenses engendrées par la formation

CONTRAT DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE au titre de la maladie :

- Avis d'inaptitude de la médecine du travail à l'ancien poste
- Avis d'aptitude au nouveau poste en CRPE
- Accord de la CDAPH pour effectuer un CRPE
- Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise
- Attestation de l'employeur pour le mois échu

SUITE 2

AIDES AU TITRE DU HANDICAPE (logement, transport, communication, technique) :

- Devis de moins de 6 mois ou facture de moins de 3 mois
- Notification de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- Notification de l'aide attribuée par le fonds de compensation du handicap
- Aide éventuelles d'autres organismes
- Pour un aménagement de véhicule, fournir copie de la carte grise et une copie recto/verso du permis de conduire

FRAIS DE CURE THERMALE :

Cure Classique :

- Volet 3 du formulaire de prise en charge de la cure complété, daté et signé

Cure > 21 jour pour maladie nerveuse :

- Justificatif de cure avec présence > à 21 jours
- Accord du service médical
- Facture d'hébergement
- La prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)

FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE DEPLACEMENT POUR FAMILLE D'ENFANT HOSPITALISE :

- Bulletin d'hospitalisation avec justification de la présence parentale
- Devis ou facture acquittée des frais d'hébergement
- Evaluation ou justificatifs des frais de déplacement
- Prise en charge ou refus de la complémentaire santé

FRAIS D'OBSEQUES D'UN ENFANT :

- Acte de décès
- Facture acquittée
- Facture non acquittée avec RIB de l'entreprise funéraire
- Prise en charge ou refus de la complémentaire santé
- Aides éventuelles d'autres organismes (assurances, employeur, CAF...)

FRAIS DE TRANSPORT :

- Prescription médicale
- Refus de prise en charge des prestations légales
- Devis moins de 6 mois ou Facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois
- Si refus partiel des prestations légales, prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)

FRAIS D'HOSPITALISATION ALLAITEMENT :

- certificat d'hospitalisation de la mère ou de l'enfant
- Devis ou Facture des frais engagés
- La prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)

ARRET DE TRAVAIL POUR SOIGNER UN ENFANT MALADE :

- certificat médical justifiant la présence du parent
- Arrêt de travail
- Attestation de l'employeur pour le calcul des IJ
- Copie de la fiche de paie sur laquelle figure l'absence

SUITE 3

ARRET DE TRAVAIL POUR MATERNITE :

- certificat médical du médecin précisant que le travail de l'assurée est incompatible avec son état de grossesse
- Arrêt de travail
- Attestation de l'employeur pour le calcul des IJ
- Copie de la fiche de paie sur laquelle figure l'absence

ALLOCATION DECES :

- une attestation avec le détail de toutes les aides obtenues
- Article de journal ou PV de la gendarmerie
- Acte de décès
- Facture acquittée de moins de 3 mois
- La prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)

INDEMNITES FUNERAIRES :

- Une attestation confirmant l'absence de bénéficiaire de l'allocation décès ou une attestation indiquant le montant de la succession
- Facture acquittée
- Aides éventuelles d'autres organismes (assurances, employeur, CAF.....)

COMPLEMENT MALADIE CHRONIQUE (MAINTIEN A DOMICILE) :

- Devis de moins de 6 mois ou Facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois
- La prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)