

**CPAM DE TARN-ET-GARONNE**  
Pôle solidarité  
592, Bd Blaise Doumerc  
BP 778 – 82015 MONTAUBAN cedex

**ACTION SANITAIRE ET SOCIALE**  
**Demande d'aides financières**  
**et de prestations supplémentaires**

**Nom de l'assuré :** ..... **Prénom** ..... **Né(e) le** ....  
(Nom de jeune fille suivi du nom d'épouse.)

Adresse :

Code postal : ..... Commune..... N° Téléphone.....

N° de Sécurité Sociale : ..... N° allocataire.....

**Nom du demandeur:** ..... **Prénom** ..... **Né(e) le** .....  
(si différent de l'assuré)

**Qualité du demandeur**

<b>Assuré</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Conjoint</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Concubin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfant</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Autre ayant droit</b>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nom et prénom des personnes vivant au foyer	N° de sécurité sociale	Lien de parenté	Date de naissance
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Motif de la demande et pièces justificatives à joindre**

➤ **Demande d'aides dentaire, optique, auditif, autres produits et actes non remboursables :**

- devis détaillés (dans l'intérêt du demandeur, il est demandé de fournir 2 devis)
- montant de participation mutuelle prévu OU décompte de remboursement mutuelle (si achat effectué) OU refus de prise en charge
- prescription médicale (*sauf dentaire*)

**En complément de ces pièces :**

**Pour auditif :**

- lettre de refus de prise en charge MDPH, si le demandeur est âgé de moins de 75 ans

**Pour produits et actes non remboursables :**

- état des frais, facture originale...
- bulletin de sortie d'hospitalisation de moins de 6 mois (*pour autres produits et actes non remboursable demande en découle*)

➤ **Demande forfait journalier / ticket modérateur :**

- facture ou original des avis des sommes à payer (hôpital)

TOTAL des ressources perçues au cours des 3 derniers mois (imposables ou non imposables) Joindre les justificatifs	Assuré	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer
<b>Salaire</b>	.....	.....	.....
<b>Revenus de remplacement</b>			
• Indemnités journalières de base (maladie, maternité, accident de travail)	.....	.....	.....
• Complément Indemnités Journalières (employeur, caisse de prévoyance....)	.....	.....	.....
• Pension de retraite de base	.....	.....	.....
• Retraite complémentaire (AGIRC, ARRCO, IRCANTEC PROBTP)	.....	.....	.....
• Pension de réversion	.....	.....	.....
• Allocation veuvage	.....	.....	.....
• Allocation de chômage POLE EMPLOI et/ou de préretraite	.....	.....	.....
• Pension d'invalidité	.....	.....	.....
• Rente d'accident du travail	.....	.....	.....
• Pension militaire	.....	.....	.....
• Pension de veuve de guerre	.....	.....	.....
• Bourses (enseignement supérieur)	.....	.....	.....
• Rente viagère	.....	.....	.....
• Indemnités viagères de départ	.....	.....	.....
<b>Revenus non salariés (artisans, Commerçants ...)</b>	.....	.....	.....
<b>Minima sociaux</b>			
• Revenu Minimum d'Insertion (RSA)	.....	.....	.....
• Allocation Adulte Handicapé (AAH) et complément.	.....	.....	.....
• Allocation supplémentaire du FSV (vieillesse)	.....	.....	.....
• Allocation supplémentaire du FSI. (invalidité)	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
<b>Prestations familiales - Mensuel</b>			
• Allocations familiales	.....	.....	.....
<b>Divers :</b>			
• Pensions alimentaires reçues	.....	.....	.....
• Autres ressources	.....	.....	.....

\* Sont exclues des ressources : l'aide personnalisée au logement, l'allocation de logement à caractère familial, à caractère social, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire et tous types d'aides n'ayant pas un caractère régulier.

### Charges mensuelles

- Locataire       oui       non
- Propriétaire     oui       non
- Pension alimentaire versée (mensuel) .....
- Cotisations mutuelles .....
- Autres charges  
Précisez lesquelles : .....

### Aides antérieures versées par la CPAM

Date .....	Motif .....
Date .....	Motif .....

### Complémentaire santé

Bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire ?  OUI     NON

Indiquez le nom et l'adresse de l'organisme complémentaire : .....

Bénéficiez-vous d'une aide de la CPAM pour une complémentaire santé  OUI     NON

### Participation d'autres organismes aux frais motivant la demande (joindre les justificatifs) (notamment en cas d'accident avec possibilité de recours contre tiers, de handicap)

OUI       NON

Montants accordés : .....

Nom (Mutuelle, Cie d'Assurance, etc) .....

"Je certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts et que je ne possède pas d'autres ressources que celles portées sur le présent questionnaire"

A....., le

**Signature du demandeur**

Le travailleur social certifie sur l'honneur l'exactitude de ces déclarations au vu des justificatifs présentés par le demandeur.

Organisme ..... Nom ..... Tél.: .....

Signature

Cachet

La loi rend passible et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (article L.377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 1047 du Code Rural, 441-1 du Code Pénal )

L'assuré n'est pas fondé, en matière de prestations supplémentaires facultatives et secours, à faire appel devant quelque juridiction que ce soit d'une décision de rejet. Les décisions de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale ne sont pas susceptibles de recours.

## CADRE RESERVE A LA CPAM

	N° dossier	<input type="text"/>		
Code budget	<input type="text"/>		Code aide	<input type="text"/>
Total Ressources Mensuelles	<input type="text"/>		Montant de la dépense	<input type="text"/>
Nombre de personnes	<input type="text"/>		Barème ASS	<input type="text"/>
			Montant Remboursement S.S.	<input type="text"/>
			Montant remboursement Mutuelle	<input type="text"/>
			Part restant à Charge du demandeur	<input type="text"/>
			Montant proposé	<input type="text"/>
Destinataire .....	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>	

Le .....

Nom et visa de l'agent instructeur.....

### Cadre réservé au travailleur social

Synthèse de la situation et toute information complémentaire permettant de mieux appréhender la situation sanitaire et sociale du demandeur.