

**AIDES INDIVIDUELLES ET PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES**

Les aides individuelles et prestations supplémentaires sont destinées, en priorité, aux assurés les plus défavorisés. Une participation peut être accordée par l'ASS, sous condition de ressources et en application de barèmes définis par le Comité d'action Sanitaire et Sociale. Cette aide n'a pas vocation à être renouvelée.

**ASSURE :** Nom et Prénom .....

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_

N° d'Allocataire (CAF) : .....

N° téléphone : .....

Adresse : .....

Profession ou activité : .....

Situation de famille :  Célibataire  Marié  Veuf  Divorcé  Séparé  Vivant maritalement

**Qualité du bénéficiaire :**  Assuré  Conjoint  Enfant  Autres (préciser) : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire :

<b>COMPOSITION ET RESSOURCES DU FOYER</b> <i>(ensemble des personnes vivant sous le même toit)</i>				
N° de Sécurité Sociale*	Nom- Prénom	Date de naissance	Nature des ressources**	Montant mensuel

**\*Obligatoire**    **\*\*** (salaires, prestations familiales, retraites, pension, retraites complémentaires, rentes...)

**LOGEMENT :**  en propriété  en location  hébergé(e)

Montant mensuel du loyer ou des crédits immobiliers : .....

**OBJET DE LA DEMANDE – NATURE DE LA PRESTATIONS SOLLICITEES :** *(si la demande se rapporte à des prestations ayant fait l'objet d'un remboursement partiel au titre des prestations légales, pensez à joindre le décompte correspondant)*

Dentaire  Orthodontie n° semestre .....  Optique  Auditif\* *(si retraité)*  Autre motif : .....

**Aide à verser à :**  Assuré  Professionnel de santé ou fournisseurs *(dentiste, médecin, opticien, prothésistes)*

**Votre demande concerne un appareillage lié à votre handicap\* :**

**Si votre handicap a été reconnu avant l'âge de votre retraite :** la loi du 11 février 2005 a prévu la mise en place d'un guichet unique pour les demandes concernant les déficiences motrices, visuelles et auditives. Ce guichet est destiné à centraliser les demandes d'aide au handicap.

**Nous vous invitons à vous adresser directement à la Maison Départementale des Personnes Handicapées :**

**MDPH – Technopole Var Matin – Route de la Seyne – 83190 OLLIOULES**

**ORGANISME COMPLEMENTAIRE :**

Etes-vous inscrit à un organisme complémentaire *(assurance ou mutuelle)* ?  oui  non

Si oui, lequel : ..... Montant de la cotisation mensuelle : ..... Montant

du remboursement de la mutuelle pour la prestation demandée : .....

Avez-vous bénéficié d'une aide sur les fonds d'action sanitaire et sociale de votre organisme complémentaire ?

oui *(joindre la notification d'accord avec le montant de l'aide)*  non

**SITUATION DE SURENDETTEMENT :**

Avez-vous déposé un dossier de surendettement ?  oui *(joindre la copie de la décision)*  non

Fait et certifié exact sur l'honneur

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Signature

**Toutes les rubriques de cet imprimé doivent être entièrement complétées et accompagné des pièces justificatives demandées.**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre CPAM de rattachement.