

Une aide financière peut vous être octroyée sous certaines conditions. Vous pouvez en bénéficier si vous devez faire face à des dépenses hors de proportion avec vos ressources ou si vous vous trouvez dans une situation pécuniaire difficile par suite de frais nécessités par une maladie ou une maternité.

Dans ce cas, vous devez renvoyer ce dossier complété et signé accompagné des pièces justificatives à l'adresse suivante :

**CPAM 92**  
**Service des aides financières**  
**92026 NANTERRE CEDEX**

Lorsque vous demandez une aide d'un montant supérieur à 304 €, exception faite des demandes d'optique, dentaires, auditives ou d'aide ménagère, vous devez vous adresser à une assistante sociale de votre choix afin qu'elle réalise une enquête sociale.

L'assistante sociale transmettra le dossier au service des aides financières.

### ► Demandeur

Mme  Mlle  M. Nom - Prénom du demandeur : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

N° d'immatriculation : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Êtes-vous affilié à :  la CPAM 92  la CAMIEG

Êtes-vous adhérent à une mutuelle ?  Oui  Non

Coordonnées téléphoniques de la mutuelle :

### ► Situation familiale

Célibataire

Marié(e)

Concubinage

Divorcé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

## ► Composition de la famille

	Nom – Prénom	Date de naissance	Situation professionnelle	Numéro d'immatriculation
Assuré				
Conjoint				
Enfants vivant au foyer				
Autres personnes vivant au foyer				

## ► Budget mensuel du foyer

Ressources	Assuré	Conjoint	Autre personne vivant au foyer
Salaires			
Indemnités journalières			
Allocations chômage			
Pension d'invalidité			
Prestations Familiales			
Allocation adulte handicapé			
Allocation logement			
Revenu de Solidarité Active (Revenu Minimum d'Insertion)			
Retraite principale			
Retraite complémentaire			
Rente accident du travail			
Revenus fonciers et revenus capitaux			
Autres (allocation tierce personne, pension alimentaire...)			

Charges mensuelles	Montant	Charges mensuelles	Montant
Loyer		Assurance Habitation	
Charges locatives		Emprunt immobilier pour résidence principale	
Électricité		Charges de copropriété	
Eau		Pension alimentaire	
Gaz		Autres ....	

Si vous êtes hébergés par un membre de votre famille, vous devez joindre les ressources et les charges de toutes les personnes vivant au foyer.

## ► Demande

- Optique     Dentaire     Prothèse auditive     Aides Ménagères  
 Hospitalisation     Autres

### Motif de la demande :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Pour la situation exposée, avez-vous sollicité une autre aide auprès d'un organisme ou d'une institution publique ou privée ?     Oui     Non

Si oui,

quel organisme ou institution ? ..... Montant de l'aide obtenue : ..... €  
quel organisme ou institution ? ..... Montant de l'aide obtenue : ..... €  
quel organisme ou institution ? ..... Montant de l'aide obtenue : ..... €

Si vous avez une mutuelle, montant de la prise en charge : ..... €

Après avoir pris connaissance de l'article L114-13 du code de la Sécurité Sociale et 441-1 du Code Civil dont les textes sont mentionnés ci dessous, je certifie sur l'honneur l'exactitude de mes déclarations et je donne mon accord pour que la CPAM 92 puisse procéder à la vérification de mes déclarations.

À ....., le .....

Nom - Prénom - Signature

#### Code de la sécurité sociale - Article L114-13

Créé par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 92 JORF 20 décembre 2005

« Est passible d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. »

#### Code pénal - Article 441-1

Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. »

► Liste des pièces à fournir pour la constitution d'une demande d'aide financière

**Justificatifs de ressources**

- Bulletins de salaire
- Attestation d'indemnisation du chômage
- Attestation de versement du Revenu de Solidarité Active ou du Revenu Minimum d'Insertion
- Attestation de paiement des avantages de retraite principale et complémentaire
- Attestation de versement d'une pension d'invalidité, d'une rente accident du travail
- Attestation de paiement d'une prestation versée par la CAF
- Dernier avis d'imposition

**Justificatifs de charges**

- Quittance de loyer
- Relevé trimestriel de charges de copropriété, taxes foncières pour les propriétaires
- Mensualité de remboursement de prêt pour la résidence principale
- Factures : électricité, gaz, eau et assurance habitation

**Pour chaque demande d'aide, le dossier doit comporter :**

- La prescription médicale
- Le devis **ou** la facture et le décompte de remboursement de la Sécurité Sociale.
- La participation de la mutuelle

**Et en fonction de la demande**

- **Auditif** : type d'appareillage (numérique ou analogique) et si 1<sup>er</sup> demande ou renouvellement **uniquement pour les personnes retraitées**.  
Pour les autres personnes la demande est à adresser à la Maison Départementale des Personnes Handicapées de leur département
- **Optique** : détail du prix de la monture et des verres ainsi que la codification
- **Frais dentaires** : 2 devis précisant le numéro des dents et la matière dans laquelle est réalisée la prothèse.
- **Hospitalisation** : l'avis des sommes à payer comportant la cotation des actes et le numéro du titre
- **Aide ménagère** : la prescription médicale précisant le nombre d'heures nécessaires par semaine ou par mois et la durée d'intervention (1 an maximum) (Exemple : 2 heures par semaine durant 6 mois, ou 30 heures par mois durant 1 an), les coordonnées de l'association chargée de l'intervention et le taux horaire appliqué

---

**CADRE RÉSERVÉ À LA DÉCISION**

Dossier instruit le \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_  
Compte budgétaire : \_\_\_\_\_ code PPN : \_\_\_\_\_  
Compte budgétaire : \_\_\_\_\_ code PPN : \_\_\_\_\_

Décision du

ACCORD

REFUS