

Les aides financières sont des aides extra-légales. Elles sont accordées sous conditions de ressources et en application du règlement intérieur. Les décisions prises en Commission d'action Sanitaire et Sociale (ASS) ne sont pas susceptibles de recours.

Les demandes seront étudiées à réception de ce dossier complet avec les pièces justificatives. L'envoi se fait :

-soit par courrier postal à l'adresse suivante :

CPAM de la Charente
Service des aides financières
30 Boulevard de Bury
16000 ANGOULEME

- soit via le site <https://cpam16.depotdoc.fr/> (Choisir Assurés – Sujet : service Aides financières)

Le demandeur doit être adhérent à une complémentaire santé (mutuelle) pour déposer un dossier. Si vous ne bénéficiez pas d'un organisme complémentaire (mutuelle), vous pouvez faire préalablement une demande de Complémentaire Santé Solidaire ou à défaut une demande d'aide financière.

Assuré

Nom : Prénom :

Date de naissance : Tél :

Adresse :

Code PostalVille :

Numéro de Sécurité Sociale : N° allocataire CAF :

La demande d'aide financière concerne :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Composition du foyer

Composition du foyer	Nom et Prénom	Date de naissance	Profession ou activité
Assuré(e)			
Conjoint(e) / Concubin(e) N° sécurité sociale			
Enfant (s)			
Autres membres du foyer (famille, amis...)			

Nature de la demande

- aide à la complémentaire santé (mutuelle)
- frais dentaires semelles orthopédiques frais optique
- frais auditif (Remarque : pour les assurés de moins de 75 ans, penser à solliciter en premier la MDPH mais aussi l'AGEFIPH si vous êtes en situation d'emploi)
- aide financière à caractère social (aide demandée uniquement par un travailleur social des MDS, de la CARSAT, des CCAS ...)
- autres :

Liste des pièces à fournir

- Dernier Avis d'Imposition de toutes les personnes présentes au foyer
- Devis ou facture détaillée concernant la demande
- Attestation de la complémentaire santé (mutuelle) précisant le montant de sa participation ou de sa non participation
- Prescription médicale pour toutes les prestations prescrites (optique, auditif, médicaments non remboursés,...)
- Pour les aides à la souscription d'une complémentaire santé (mutuelle) : appel à cotisations ou devis
- Courrier de décision de la MDPH pour les appareils auditifs concernant les assurés de moins de 75 ans et le courrier de l'AGEFIPH pour les assurés en situation d'emploi

Description de la demande

Montant de la demande auprès de la CPAM:€

Montants obtenus par les autres organismes

- CAF :€ MDPH :€ CCAS :€ Retraite Complémentaire :€
- Fonds Social de la complémentaire santé (mutuelle) :€ Comité d'entreprise :€
- Autre :€

Toutes les ressources de toutes les personnes présentes au domicile doivent être déclarées.

			Mois de :	Mois de :	Mois de :
REVENUS	<input type="checkbox"/> Salaire net	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> Allocations Pôle Emploi	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières CPAM	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> Complément de salaire versé par l'employeur ou la prévoyance	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
PENSIONS ET RENTES	<input type="checkbox"/> Rente Accident de Travail	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> Pension d'Invalidité / ASI	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> Retraite principale / ASPA	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> Retraite complémentaire	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> Pension de réversion	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> Pension Militaire	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
CAF	<input type="checkbox"/> RSA / Prime d'activité / RSA activité	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
		enfant /autre membre du foyer			
	<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> AEEH <input type="checkbox"/> PAJE <input type="checkbox"/> ASF <input type="checkbox"/> Allocations Familiales <input type="checkbox"/> Autre :	Assuré (e)			
		conjoint (e) / concubin (e)			
<input type="checkbox"/> Allocations Logement					
	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire				
	<input type="checkbox"/> Bourses				
	<input type="checkbox"/> Autres revenus (revenus immobiliers, ...)				
TOTAL					

Charges des 3 derniers mois :

- Locataire Propriétaire
 Hébergé(e) → Précisez : nom, prénom et lien de parenté :

Toutes les charges de toutes les personnes présentes au domicile doivent être déclarées.

		Mois de :	Mois de :	Mois de :
CHARGES	<input type="checkbox"/> Loyer (avant déduction aides au logement) / Prêt accession à la propriété			
	<input type="checkbox"/> Loyer étudiant (avant déduction aides au logement)			
	<input type="checkbox"/> Electricité			
	<input type="checkbox"/> Chauffage (Fioul / Bois / Gaz / Electricité)			
	<input type="checkbox"/> Eau			
	<input type="checkbox"/> Mutuelle ou Complémentaire Santé			
	<input type="checkbox"/> Téléphone / Internet			
	<input type="checkbox"/> Frais de garde / <input type="checkbox"/> Scolarité enfant (cantine, bus, garderie,...)			
	<input type="checkbox"/> Abonnement transports en commun			
	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire versée			
	<input type="checkbox"/> Impôts (Revenus / Taxe d'habitation / Taxe Foncière)			
	<input type="checkbox"/> Assurance maison			
	<input type="checkbox"/> Assurance voiture			
	<input type="checkbox"/> Crédit voiture / <input type="checkbox"/> Crédit consommation			
	<input type="checkbox"/> Crédit amélioration habitat / <input type="checkbox"/> Crédit étudiant			
	<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement en établissement (APA déduite), préciser :			
	<input type="checkbox"/> Frais de maintien à domicile			
<input type="checkbox"/> Mensualité remboursée dans le cadre d'un plan de surendettement				
TOTAL				

Non pris en charge par la Commission d'Action Sociale

Non pris en charge (liste non exhaustive)	Organismes pouvant être sollicités (liste non exhaustive)
<ul style="list-style-type: none"> - Dépassements d'honoraires / Chambre particulière - Dettes fiscales - Franchises du parcours de soins - Soins des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat - Soins des assurés migrants 	<ul style="list-style-type: none"> - CARSAT - Caisse de Retraite et Prévoyance - Fond social de votre mutuelle - Conseil Départemental / Mairie de votre domicile - Caisse d'Allocations familiales

Personne ayant aidé à la complétude du dossier (famille, entourage, professionnel,...)

Nom : Prénom :
Tél : Structure :

Signature

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le présent formulaire.
Fait à : le :
Signature

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE INSTRUIT

La Loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article 441.1 du Code pénal). "Conformément aux dispositions du Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent ainsi qu'un droit à leur limitation. Ces droits s'exercent par écrit auprès de la Direction de la CPAM de la Charente ou de son Délégué à la protection des données. »