



Caisse Primaire : .....

## Demande de Prestations Supplémentaires et Aides Financières

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

Prénom : ..... né(e) le :

=> N° de Sécurité Sociale:

Adresse : .....

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

Téléphone : .....

Nom du bénéficiaire : .....

*(si différent de l'assuré)*

Prénom : .....

Qualité du bénéficiaire :  Assuré  Conjoint  Concubin   Enfant  Autre ayant-droit

Date de naissance du bénéficiaire : .....

### Motif de la demande

*Joindre tous les documents appuyant votre demande :  
prescription médicale, ordonnance, feuille de soins, devis ou facture (notamment s'agissant des..  
frais d'appareillage, d'optique, de prothèses dentaire ou auditive)..*

Nom des personnes vivant au foyer	Prénom	Lien de parenté	Age	Profession - Employeur Ecole
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

<b>Aide sociale :</b>				
• Aide sociale à l'enfance .....	.....	.....	.....	.....
• Autre allocation d'Aide sociale précisez lesquelles : .....	.....	.....	.....	.....
<b>Divers</b>				
• Pension alimentaire .....	.....	.....	.....	.....
• Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) .....	.....	.....	.....	.....
• Indemnité de Rééducation Profession- -nelle (Prestation Supplémentaire CPAM) .....	.....	.....	.....	.....
• Autres ressources précisez lesquelles : .....	.....	.....	.....	.....

Charges mensuelles	Montant
<b>Nature des charges mensuelles</b>	<i>Les pièces justificatives doivent être impérativement fournies; en leur absence, il ne sera pas tenu compte du montant des charges lors de l'examen de la demande.</i>
• Loyer mensuel .....	.....
• Charges locatives mensuelles .....	.....
• Remboursement de crédit(s) d'accession à la propriété ( montant mensuel)	.....
• Autres crédits précisez leur nature : .....	.....
• Charges courantes (eau et énergie à l'exclusion du téléphone) .....	.....
• Pension alimentaire du débiteur .....	.....
• Autres charges précisez lesquelles : .....	.....

<b>Aides antérieures</b>	<b>Dates et motifs :</b>
.....	.....
.....	.....

<b>Couverture maladie complémentaire</b>	
Bénéficiez- vous d'une couverture maladie complémentaire (Mutuelle, Cie d'assurance, Organisme de prévoyance, Couverture Maladie Universelle Complémentaire...) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Indiquez le nom et l'adresse de l'organisme complémentaire : .....	
..... Le cas échéant, indiquez votre n° d'adhérent : .....	

<b>Participation d'autres organismes aux frais motivant la demande</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Montants accordés : .....	
Nom (Mutuelle, Cie d'Assurance, etc...) .....	
.....	

<b>Demande de tiers payant</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Indiquez le nom et l'adresse du fournisseur ou du professionnel de santé :	
.....	

"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".  
 La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.114-13 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.

Le ..... Signature du demandeur :

Ressources des 3 derniers mois	Périodicité de Versement	Assuré	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer
<i>(joindre toutes les pièces justificatives)</i>	M (mensuel) T (trimestriel) A (annuel)			
<b>Revenus professionnels, salariaux ou non salariaux :</b> Revenu professionnel net des 3 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> <li>• du ..... au .....</li> <li>• du ..... au .....</li> <li>• du ..... au .....</li> </ul>				
<b>Revenus de remplacement :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indemnités journalières de base ..... (maladie, maternité, accident du travail)</li> <li>• Complément Indemnités Journalières (employeur, caisse de prévoyance...)</li> <li>• Pension de retraite de base .....</li> <li>• Retraite complémentaire ..... (AGIRC, ARRCO, IRCANTEC...)</li> <li>• Pension de réversion .....</li> <li>• Allocation veuvage .....</li> <li>• Allocation de Chômage ASSEDIC et/ou de préretraite .....</li> <li>• Pension d'invalidité .....</li> <li>• Rente d'accident du travail .....</li> <li>• Pension militaire .....</li> <li>• Pension de veuve de guerre .....</li> <li>• Rente viagère .....</li> <li>• Indemnités viagères de départ .....</li> </ul>				
<b>Revenus imposables du patrimoine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenu du patrimoine immobilier .....</li> <li>• Revenu du patrimoine mobilier ..... (financier)</li> <li>• Revenu du patrimoine foncier .....</li> </ul>				
<b>Minima sociaux :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenu Minimum d'Insertion (RMI) .....</li> <li>• Allocation Adulte Handicapé (AAH) .....</li> <li>• Allocation Parent Isolé (API) .....</li> <li>• Allocation supplémentaire du FSV ..... (vieillesse)</li> <li>• Allocation supplémentaire du FSI ..... (invalidité)</li> </ul>				
<b>Prestations familiales :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allocations familiales .....</li> <li>• Aides au logement ..... (ALS, APL, ALF)</li> <li>• Autres prestations CAF <i>précisez lesquelles :</i> .....</li> </ul>				

# CADRE RESERVE A LA CPAM

<b>A</b>		Code PS/S	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
	Total ressources trimestrielles	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Quotient Familial	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Montant de la dépense	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Charges mensuelles	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Charges Mensuelles par personne	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Montant Remboursement (SS+Mutuelle)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	Nombre de personnes	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Quotient Disponible	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Part restant à charge du demandeur	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom et adresse du fournisseur ou PS si demande de tiers payant : .....						
.....						
.....						

<b>B</b>	<b>Situation du demandeur au cours de la période d'examen des ressources :</b>		
	<input type="checkbox"/> CMU de base <input type="checkbox"/> CMU complémentaire  <input type="checkbox"/> Exclu CMUC  <input type="checkbox"/> Mutualiste Nom et adresse de l'organisme complémentaire : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> IJ  <input type="checkbox"/> ALD  <input type="checkbox"/> Autres ETM Motif : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Rente AT  <input type="checkbox"/> Pension Invalidité  <input type="checkbox"/> Minima sociaux
	.....		
	.....		

	OPTIQUE	MONTURE	VERRE
<b>C</b>	Montant facture		
	Remboursement Séc. Sociale		
	Participation mutuelle		
	Montant remboursement		
	Reste à charge		

Le : .....

Nom et visa de l'agent instructeur :