l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

La CPAM du Bas-Rhin dispose d'un budget d'Action sanitaire et sociale destiné à aider de façon exceptionnelle ses assurés éprouvant des difficultés, notamment financières, liées à la maladie, à un handicap ou à un accident.

Votre demande sera examinée par la Commission des aides financières individuelles du Bas-Rhin en tenant compte des revenus de votre foyer, même non imposables, et en application d'un plafond d'accessibilité fixé par le Conseil de la caisse primaire. Sa décision est souveraine et n'est pas susceptible de recours. Vous ne pourrez pas la contester.

Renseignements concernant l'assuré.e

Fiche d'identité

Nom de l'assuré.e : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'immatriculation :
(numéro de sécurité sociale sur la carte Vitale)

Adresse N° : _____ Voie : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Adresse email : _____

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Vie maritale (concubinage) ☐ Pacsé.e

☐ Marié.e ☐ Veuf ou veuve ☐ Séparé.e ☐ Divorcé.e

Informations sur votre couverture maladie

Organisme qui rembourse vos frais de santé :

☐ CPAM du Bas-Rhin ☐ Autre : _____

Êtes-vous bénéficiaire d'une couverture maladie complémentaire ? ☐ Oui ☐ Non

N° d'allocataire CAF : _____

À remplir si le bénéficiaire est différent de l'assuré.e :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Objet de la demande

- ☐ Frais d'optique
- ☐ Frais dentaires (prothèses, orthodontie, autres)
- ☐ Médicaments ou traitements non remboursables
- ☐ Aide-ménagère
- ☐ Aide pour une complémentaire santé
- ☐ Autre : _____

Demande détaillée

Montant des frais de santé (devis ou facture) _____ €

- Participation de l'organisme d'affiliation (remboursement Sécurité sociale) _____ €
- Participation de l'organisme complémentaire (mutuelle, prévoyance ou assurance) _____ €
- Autres participations (y compris les indemnités en cas d'accident causé par un tiers) _____ €

Coût restant à votre charge 0,00 €

Avez-vous sollicité une aide auprès d'un autre organisme ?

☐ Oui Lequel ? _____ ☐ Non

Pièces à joindre dans tous les cas :

1. Devis en cours de validité ou facture (payée ou non) ;
   - Pour les prothèses auditives, le dentaire et l'optique, si les soins sont déjà réalisés, fournir la facture et le devis initial.
2. Devis ou décompte de la complémentaire santé ;
3. Photocopie du dernier avis d'imposition de tous les membres du foyer.

Une fois votre demande remplie, renvoyez votre dossier à l'adresse suivante :

CPAM du Bas-Rhin
Service Accompagnement Assurés et Partenaires
16 rue de Lausanne
67090 Strasbourg cedex

Composition du foyer de l'assuré.e

Le foyer est composé de toutes les personnes vivant au foyer, sans critère d'âge :

- La personne qui demande l'aide ;
- Le ou la conjoint.e, concubin ou partenaire lié par un PACS ;
- Les enfants ;
- Les autres personnes.

Pour les autres personnes, indiquer le lien de parenté.

	Nom	Prénom	Date de naissance	Situation professionnelle
Assuré.e				
Conjoint.e / Concubin.e / Pacsé.e				
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				
Enfant 5				
Autre personne : _____				
Autre pers. 2 : _____				
Autre pers. 3 : _____				
Autre pers. 4 : _____				

Ressources mensuelles des personnes vivant au foyer

Indiquer les ressources du mois précédant la demande.

Pour les ressources imposables, indiquer les montants nets à payer avant impôt sur le revenu.

	Assuré(e)	Conjoint.e Concubin.e Pacsé.e	Enfants	Autres
Salaire net	€	€	€	€
Bénéfices commerciaux, artisanaux ou agricoles	€	€	€	€
Revenu mobilier et/ou immobilier	€	€	€	€
Pension de retraite et/ou pension complémentaire	€	€	€	€
Pension militaire	€	€	€	€
Pension d'invalidité et Allocation supplémentaire d'invalidité	€	€	€	€
Pension versée par un organisme social étranger	€	€	€	€
Rente accident du travail/maladie professionnelle	€	€	€	€
Indemnités journalières	€	€	€	€
Complément(s) indemnités journalières versé(s) par l'employeur ou par l'organisme complémentaire	€	€	€	€
Allocation chômage	€	€	€	€
Allocation d'adulte handicapé (AAH)	€	€	€	€
Majoration pour la vie autonome (MVA) et Complément de ressources	€	€	€	€
Revenu de solidarité active (RSA)	€	€	€	€
Allocation logement (APL)	€	€	€	€
Autres prestations CAF : _____	€	€	€	€
Pensions alimentaires	€	€	€	€
Bourses scolaires ou étudiantes	€	€	€	€
Autres ressources : _____	€	€	€	€
TOTAL	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**

Ressources globales du foyer : 0,00

Ressources tierce personne :				
Majoration pour tierce personne (MTP)	€	€	€	€
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	€	€	€	€
Prestation de compensation du handicap (PCH)	€	€	€	€
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	€	€	€	€
Allocation éducation enfant handicapé (AEEH)	€	€	€	€

Charges mensuelles des personnes vivant au foyer

Détailler les charges mensuelles.
Indiquer les charges du mois précédant la demande.

Loyer					€
Accession à la propriété					€
Charges locatives et charges de copropriété					€
Électricité et gaz					€
Chauffage					€
Eau					€
Accès Internet domicile					€
Assurances (habitation, véhicule, etc.)					€
Complémentaire santé, si le montant n'est pas automatiquement prélevé sur les revenus					€
Impôt sur le revenu					€
Impôts fonciers					€
Taxe d'habitation et redevance audiovisuelle					€
Frais scolaires (cantine, internat, etc.)					€
Pensions alimentaires					€
Saisies sur les revenus					€
Crédits	consommation	**€**	+ automobile	**€**	= 0,00 **€**
Transports	abonnements	**€**	+ autres	**€**	= 0,00 **€**
Téléphone	nombre de forfaits		pour un montant de :		**€**
Autres charges :	1.				**€**
	2.				**€**
	3.				**€**
				TOTAL	**0,00 €**
Charges de tierce personne ou aide-ménagère :					**€**

Attestation sur l'honneur à remplir par l'assuré.e

☐ J'autorise le service Accompagnement Assurés et Partenaires de la Caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin, à transmettre au prestataire tout document ou toutes informations nécessaires au traitement de mon dossier.

☐ Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, et autorise la caisse primaire du Bas-Rhin à verser directement, le cas échéant, le montant du secours accordé, au prestataire, à l'organisme, ou au fournisseur à l'origine de la facture.

☐ Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi.

Fait à :

Le :

Signature de l'assuré.e

Nom et prénom

Les données personnelles conservées dans les systèmes d'information de l'Assurance Maladie sont traitées sous la responsabilité du Directeur de la CPAM en vue de la gestion de votre demande d'aides financières individuelles.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire en fonction du traitement concerné : 6 ans. Elles varient selon la nature des données, la finalité des traitements ou les exigences légales ou réglementaires et sont destinées au service Accompagnement Assurés et Partenaires de la CPAM.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent, et d'un droit à certaines limitations de leur traitement.

Ces droits s'exercent auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de la CPAM du Bas-Rhin :

DPO.cpam-basrhin@assurance-maladie.fr ou auprès du Directeur de la CPAM.

En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la CNIL Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy- TSA 80715- 75334 PARIS CEDEX 07