

COMPOSITION DU FOYER

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Lien de parenté	Nature de l'activité*

*Nature de l'activité : salarié, en recherche d'emploi, retraité, scolarisé, apprenti...

RESSOURCES (MOYENNE MENSUELLE DES TROIS DERNIERS MOIS)

Toutes les ressources doivent être déclarées même si elles sont non imposables.

Ressources mensuelles	Assuré	Conjoint	Autre	
REVENUS				
Salaire(s) net(s) imposable(s)				
Allocation versée par France Travail				
Indemnités journalières Assurance Maladie				
Complément employeur, caisse de prévoyance, mutuelle...				
Congés payés du bâtiment				
Revenus d'activité non salariée				
PENSIONS ET RETRAITES				
Pension d'invalidité				
Rente accident du travail				
Pension vieillesse et réversion				
Retraite(s) complémentaire(s)				
Allocation perte d'autonomie (APA)				
PRESTATION Caf				
RSA				
Prime d'activité				
Prestations familiales				
Allocation logement (APL, ALS...)				
Réduction de Loyer Solidaire (RLS)				
Allocation Adulte Handicapé (AAH)				
Allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH)				
REVENUS DIVERS				
Revenus mobiliers ou immobiliers (loyers...)				
Pension alimentaire reçue				
Bourses d'études				
Autres revenus :				

Charges mensuelles	Montants
Loyer ou mensualité d'accèsion à la propriété ou hébergement EHPAD	
Pension alimentaire versée	
Organisme complémentaire (mutuelle)	
Eau	
Gaz	
Electricité	
Assurance habitation	

Commission de surendettement

- Oui
 Non

REMARQUES

Pour les étudiants, merci d'indiquer les revenus et charges des parents.

AIDES FINANCIÈRES DÉJÀ ACCORDÉES OU CO-FINANCEMENT

Si vous avez sollicité d'autres organismes pour l'aide demandée (MDPH, CCAS, Caf, Caisse de prévoyance, Mutuelle, etc.), merci de préciser lesquels :

Organisme	Date	Montant	Objet

AVIS MOTIVÉ À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je certifie les informations communiquées exactes :

Signature du demandeur

Sont punies d'amende ou d'emprisonnement toutes fraudes ou fausses déclarations (article 441-6 du code Pénal)

- Les informations recueillies sont traitées par la CPAM de la Haute-Garonne pour permettre l'instruction de votre demande d'aide. Elles sont conservées pendant six ans. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès ou de rectification de vos données en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou au DPO. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (Cnil).*
- La loi 78-17 du 15.01.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'Assurance Maladie.*

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

Pièces à joindre pour toutes les demandes et pour chaque membre du foyer

- Attestation de droits à l'Assurance Maladie ;
- **Bulletins de salaire des trois derniers mois** (même à zéro) pour chaque membre du foyer (y compris les talons de congés payés délivrés par la Caisse des Congés Payés du Bâtiment ou des salariés des entreprises de nettoyage) ;
- Si vous êtes en arrêt de travail, l'attestation de paiement de votre Caisse de prévoyance en cas de complément d'indemnités journalières de l'Assurance Maladie versées pendant votre arrêt maladie (complément employeur Pro BTP, AG2R, etc.) ;
- L'attestation de paiement de France Travail si vous êtes au chômage (pour chaque membre du foyer) ;
- **Justificatifs des ressources** (rentes, pensions, etc.) pour chaque membre du foyer ;
- Pour les étudiants : le justificatif d'attribution des bourses ;
- Pour les travailleurs indépendants : les déclarations à l'URSSAF ;
- **Dernier avis d'imposition sur le revenu (copie recto-verso)** ainsi que celui du conjoint (si déclaration non commune) ;
- **Attestation de paiement des prestations de la Caf ;**
- **Quittance de loyer** ou tableau d'amortissement (en cas d'accession à la propriété) ou taxe foncière (pour les propriétaires) ou attestation d'hébergement ;
- Prescription médicale (pour les demandes optiques, appareillages auditifs, semelles orthopédiques, etc.) ;
- Un certificat médical pour les soins particuliers (type implantologie, appareils auditifs de classe 2, équipement optique de classe B, etc.) ;
- **Pour l'aide demandée, devis ou facture de moins de six mois ;**
- Estimation de participation de votre organisme d'Assurance Maladie complémentaire (mutuelle...) par rapport aux devis présentés ou le décompte de remboursement de votre organisme d'Assurance Maladie complémentaire ou attestation de non-participation ;
- **Appel de cotisation mutuelle en cours de validité (pour l'ensemble du foyer).**

La Commission d'Action Sociale ne prend pas en charge (liste non exhaustive)	La liste des organismes qui peuvent examiner votre demande
<ul style="list-style-type: none">• Les dépassements d'honoraires• La chambre particulière pendant une hospitalisation• Les dettes fiscales• Les franchises médicales et participations forfaitaires• Les soins des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME)	<ul style="list-style-type: none">• La Carsat• La Caisse de Retraite et Prévoyance• Le fonds social de votre mutuelle• Le Conseil Départemental• La Caisse d'allocations familiales• La Mairie• La MDPH

Pour soumettre votre dossier à la Commission, merci de retourner cet imprimé complété et signé, accompagné des pièces justificatives (voir ci-dessus, la liste des pièces à fournir ainsi que les exclusions systématiques).

Par courrier :

CPAM de la Haute-Garonne
Service ASS
31093 TOULOUSE Cedex 9

3646 Service gratuit
+ prix appel

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENT, RENDEZ-VOUS SUR AMELI - www.ameli.fr