



## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

### Objet de la demande

### Demandeur

Nom et prénom :

N° téléphone :

N° Sécurité Sociale :

Organisme complémentaire :

N° allocataire CAF :

Date de naissance :

Adresse : N°:

Rue :

Code postal :

Commune :

Situation de famille :

Célibataire

Marié(e)

Veuf(ve)

Divorcé(e)

Vie maritale

Situation professionnelle :

Locataire

Propriétaire

### Conjoint, concubin, partenaire PACS

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Situation professionnelle :

Organisme de Sécurité Sociale :

N° allocataire CAF (si différent) :

### Autres personnes de moins de 25 ans à charge ou vivant au foyer

Nom et prénom	Parenté	Date de naissance	N° de Sécurité Sociale	Situation professionnelle

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis.

Fait à ..... Le.....

Signature :

Passé un délai de 2 mois le formulaire n'est plus recevable en l'état, la période des ressources doit être réactualisée.

*Nous vous rappelons que toute fraude ou fausse déclaration peut entraîner l'application des sanctions prévues par les articles L3771 et suivants, du code de la Sécurité Sociale*

Ce formulaire rempli, accompagné de tous les justificatifs demandés peut être déposé à un point d'accueil de la CPAM de la Loire ou retourné à :

**CPAM DE LA LOIRE – SERVICE ACTION SANITAIRE ET SOCIALE  
CS 72701 – 42027 SAINT ETIENNE CEDEX 1**

# **DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE**

## **LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE**

**(Documents lisibles, sans agrafes ni surligneur)**

### **JUSTIFICATIFS DES 3 MOIS DE RESSOURCES PRÉCÉDANT LA DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE**

- Dernier avis d'imposition complet
- Relevé de toutes les prestations versées par la CAF
- Tous les justificatifs de revenus selon votre situation
  - Fiches de paie
  - Complément de salaire en cas d'arrêt maladie
  - Pôle emploi
  - Retraites principales et complémentaires (françaises et/ou étrangères)
  - Pension militaire
  - Revenus non-salariés
  - Bourses d'études supérieures des enfants
  - Pension alimentaire versée ou perçue
  - Tous autres revenus imposables ou non de tous les membres de la famille

### **JUSTIFICATIFS COMPLÉMENTAIRES SELON L'AIDE FINANCIERE SOUHAITEE**

#### **FRAIS D'OPTIQUE :**

- Prescription médicale
- Devis de moins de 6 mois de 2 fournisseurs différents avec prise en charge de la complémentaire santé pour chaque devis ou facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé
- Pour les lentilles cornéennes, prescription spécifique

#### **PROTHESES DENTAIRE :**

- Devis de moins de 6 mois avec prise en charge de la complémentaire santé ou facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé

#### **FRAIS D'ORTHODONTIE :**

- Pour un début de traitement : devis avec prise en charge de la complémentaire santé
- à chaque semestre : Devis initial avec prise en charge de la complémentaire santé ou facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé

#### **PROTHESES AUDITIVES :**

- Prescription médicale
- Devis de moins de 6 mois de deux fournisseurs différents avec prise en charge de la complémentaire santé pour chaque devis ou facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé

#### **FORFAIT JOURNALIER :**

- Avis des sommes à payer original de l'établissement hospitalier
- Attestation de prise en charge ou de non prise en charge de la complémentaire santé

#### **TICKET MODERATEUR :**

- Avis des sommes à payer original de l'établissement hospitalier

#### **FOURNITURES MEDICALES :**

- Prescription médicale et, si nécessaire, un argumentaire de la part du médecin
- Devis de moins de 6 mois avec prise en charge de la complémentaire santé
- Facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois avec prise en charge de la complémentaire santé

**AIDE POUR UNE COMPLEMENTAIRE SANTE :**

- Appel de cotisation de l'année en cours sous forme d'échéancier

**PERTE DE REVENUS :**

- 3 fiches de paie précédant l'arrêt de travail
- Justificatifs des compléments de salaire ou attestation de non versement de complément de salaires établie par l'employeur

**EN ATTENTE REVENUS DE SUBSTITUTION :**

- 3 fiches de paie précédant l'arrêt de travail
- Justificatifs de versement des compléments de salaire ou Attestation établie par l'employeur
- Attestation de prise en charge, ou de refus, des crédits d'accession à la propriété, délivrée par les organismes de prêts.
- Pour les TI, attestation des ressources par le comptable
- Copie de la demande de pension d'invalidité ou de Rente AT en cours ou Attestation sur l'honneur qu'une demande est en cours (date de dépôt < 1 mois)

**AIDE AUX PENSIONNES :**

Aucuns justificatifs complémentaires

**PRIME DE FIN DE REEDUCATION :**

- Attestation de reconnaissance de travailleur handicapé suite à un accident du travail
- Attestation de début et fin de stage précision si obtention ou non du diplôme
- Avis du chef d'établissement
- Extrait original de casier judiciaire de moins de 3 mois
- Estimation des dépenses occasionnées par le stage si hors département
- Situation professionnelle précise au moment de la demande

**REINSERTION PROFESSIONNELLE :**

Pour les frais de formation :

- Dates de début et fin de formation
- Prise en charge du Compte Personnel de Formation (CPF)
- Devis ou facture du coût de la formation

Pour les frais annexes à la formation :

- Dates de début et fin de formation
- Devis ou facture acquittée des frais d'hébergement
- Evaluation et/ou justificatifs de tous types de dépenses engendrées par la formation

**CONTRAT DE REEDUCATION PROFESSIONNELLE au titre de la maladie :**

- Avis d'inaptitude de la médecine du travail à l'ancien poste
- Avis d'aptitude au nouveau poste en CRPE
- Accord de la CDAPH pour effectuer un CRPE
- Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise
- Attestation de l'employeur pour le mois échu

## SUITE 2

### **AIDES AU TITRE DU HANDICAPE (logement, transport, communication, technique ....) :**

- Devis de moins de 6 mois ou facture de moins de 3 mois
- Notification de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- Notification de l'aide attribuée par le fonds de compensation du handicap
- Aide éventuelles d'autres organismes
- Pour un aménagement de véhicule, fournir copie de la carte grise et une copie recto/verso du permis de conduire

### **FRAIS DE CURE THERMALE :**

Cure Classique :

- Volet 3 du formulaire de prise en charge de la cure complété, daté et signé

Cure > 21 jour pour maladie nerveuse :

- Justificatif de cure avec présence > à 21 jours
- Accord du service médical
- Facture d'hébergement
- La prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)

### **FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE DEPLACEMENT POUR FAMILLE D'ENFANT HOSPITALISE :**

- Bulletin d'hospitalisation avec justification de la présence parentale
- Devis ou facture acquittée des frais d'hébergement
- Evaluation ou justificatifs des frais de déplacement
- Prise en charge ou refus de la complémentaire santé

### **FRAIS D'OBSEQUES D'UN ENFANT :**

- Acte de décès
- Facture acquittée
- Facture non acquittée avec RIB de l'entreprise funéraire
- Prise en charge ou refus de la complémentaire santé
- Aides éventuelles d'autres organismes (assurances, employeur, CAF...)

### **FRAIS DE TRANSPORT :**

- Prescription médicale
- Refus de prise en charge des prestations légales
- Devis moins de 6 mois ou Facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois
- Si refus partiel des prestations légales, prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)

### **FRAIS D'HOSPITALISATION ALLAITEMENT :**

- certificat d'hospitalisation de la mère ou de l'enfant
- Devis ou Facture des frais engagés
- La prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)

### **ARRET DE TRAVAIL POUR SOIGNER UN ENFANT MALADE :**

- certificat médical justifiant la présence du parent
- Arrêt de travail
- Attestation de l'employeur pour le calcul des IJ
- Copie de la fiche de paie sur laquelle figure l'absence

## SUITE 3

### **ARRET DE TRAVAIL POUR MATERNITE :**

- certificat médical du médecin précisant que le travail de l'assurée est incompatible avec son état de grossesse
- Arrêt de travail
- Attestation de l'employeur pour le calcul des IJ
- Copie de la fiche de paie sur laquelle figure l'absence

### **ALLOCATION DECES :**

- une attestation avec le détail de toutes les aides obtenues
- Article de journal ou PV de la gendarmerie
- Acte de décès
- Facture acquittée de moins de 3 mois
- La prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)

### **INDEMNITES FUNERAIRES :**

- Une attestation confirmant l'absence de bénéficiaire de l'allocation décès ou une attestation indiquant le montant de la succession
- Facture acquittée
- Aides éventuelles d'autres organismes (assurances, employeur, CAF.....)

### **COMPLEMENT MALADIE CHRONIQUE (MAINTIEN A DOMICILE) :**

- Devis de moins de 6 mois ou Facture (annotée acquittée ou non) de moins de 3 mois
- La prise en charge de la complémentaire santé (mutuelle)