



## OBJET DE MA DEMANDE D'AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE

Nature des frais engagés et Montant de la dépense :

Bénéficiez-vous d'une aide supplémentaire pour cette demande ? Si oui, quel montant ?

Quel organisme ?

**Vos charges mensuelles** : \_\_\_\_\_ € (Loyer, assurance, crédit.....)

## SIGNATURE

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des présents renseignements.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature :**

**Important : la loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 377-1 du code de la Sécurité Sociale et 441-1 du code pénal).**

## PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

⇒ **Justificatifs de ressources de toutes les personnes vivant au foyer :**

- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition dans son intégralité.
- Justificatifs de ressources **du mois précédant la demande** (citées dans le tableau page 1)

⇒ **Justificatifs de la dépense :**

- Facture acquittée ou devis
- Avis des sommes à payer pour les soins réalisés dans des établissements publics
- Attestation de votre organisme complémentaire précisant le montant de sa participation (en fonction de votre taux de prise en charge) ou sa non prise en charge
- La prescription médicale (sauf soins dentaires)

## INFORMATIONS

- L'attribution de l'aide s'effectue **sous conditions de ressources**
- **Si vous deviez renoncer à l'aide accordée, il est important d'en aviser le service ASS** pour permettre le financement d'autres demandes.

Seul un dossier complet pourra être étudié : il est donc indispensable que la présente déclaration soit entièrement remplie et que toutes les pièces justificatives soient jointes au dossier.

## CADRE RESERVE A LA CPAM

Période des soins : \_\_\_\_\_ Dépense : \_\_\_\_\_ €

Motif de la demande (FA ou devis) : \_\_\_\_\_

Base de participation :

CPAM : \_\_\_\_\_ €

Reste à charge : \_\_\_\_\_ €

Mutuelle : \_\_\_\_\_ €

Autre : \_\_\_\_\_ €

Montant proposé en CASS : \_\_\_\_\_ €

Avis de l'ELSM/ASS : \_\_\_\_\_ Avis du service social : \_\_\_\_\_