

## ACTION SANITAIRE ET SOCIALE :

### Demande d'aide financière exceptionnelle

Les aides financières de la CPAM ont un caractère **exceptionnel et ponctuel**. Elles sont soumises à des critères sanitaires et sociaux définis par le conseil de la CPAM des Flandres (conditions de ressources).

**Votre dossier de demande d'aide, accompagné des pièces justificatives, est à faire parvenir à l'adresse suivante :**

**CPAM des Flandres**  
**2 rue de la Batellerie CS 94523**  
**59336 DUNKERQUE CEDEX 1**

### OBJET DE LA DEMANDE :

☐ Optique   
 ☐ Dentaire   
 ☐ Orthodontie   
 ☐ Auditif \*   
 ☐ Aménagement de logement lié à un handicap \*

☐ Aide au paiement de la cotisation mutuelle/CSS   
 ☐ Hospitalisation   
 ☐ Frais d'obsèques   
 ☐ Sport sur ordonnance

☐ Autres (prothèse capillaire, médicaments non remboursables, matériel médical, semelles orthopédiques, consultation diététique, ergothérapie, psychomotricité...)

À préciser :

☐ Aide au répit proche aidant   
 ☐ Aide-ménagère et/ou portage repas ->   
 Prado : ☐ Oui    ☐ Non

☐ Perte de salaire en lien avec un arrêt de travail   
 ☐ Prévention de la Désinsertion Professionnelle

\*Si votre handicap a été reconnu avant 60 ans, votre demande doit être adressée à la MDPH en premier lieu

Montant de l'aide demandée : ..... € (si aide sollicitée inférieure à 150 €, indiquer les montants de vos ressources au tableau « Budget de la famille : ressources des 3 mois précédant la demande » et ne pas fournir les justificatifs\*\*)

Etes-vous accompagné(e) par un intervenant social pour réaliser cette demande ? ☐ oui ☐ non

Si oui, Merci de préciser :    Nom : .....    Prénom : .....

Organisme : .....    Mail : .....    ☎ : .....

### VOS COORDONNÉES :

Numéro de sécurité sociale : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   
 Numéro allocataire CAF : .....

Nom : .....    Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....   
 ☐ Célibataire   
 ☐ Marié   
 ☐ Concubinage   
 ☐ Divorcé   
 ☐ Séparé   
 ☐ Veuf

Adresse : .....

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ]   
 Ville : .....   
 ☎ : .....   
 Mail : .....

### BÉNÉFICIAIRE (si différent de l'assuré) :

Nom : .....    Prénom : .....    Date de naissance : ..... / ..... / .....

### COMPOSITION DU FOYER :

Nombre de personnes vivant au foyer : \_\_

	Nom et prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Situation : salarié, arrêt de travail, demandeur d'emploi, retraité, proche aidant etc...
<b>Demandeur</b>	..... .....	.....	.....	.....
<b>Conjoint(e)</b>	..... .....	.....	.....	.....
<b>Enfants ou autres personnes à charge de moins de 25 ans</b>	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....

## BUDGET DE LA FAMILLE : RESSOURCES DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

Nature des ressources	DEMANDEUR	CONJOINT	ENFANTS et/ou autres personnes vivant au foyer	Moyenne ressources (nettes) des 3 derniers mois si aide < 150€**	JUSTIFICATIFS À JOINDRE ** (sauf si aide < 150€)
<b>REVENUS LIÉS À UNE ACTIVITÉ</b>					
Salaires	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Indemnités chômage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Indemnités journalières	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Complément de salaire versé par l'employeur ou la prévoyance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Avis de paiement ou bulletin de salaire
Revenu d'activité non salariée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Copie intégrale du dernier avis d'imposition sur les revenus
<b>PENSION ET RENTES</b>					
Pension invalidité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Complément de prévoyance invalidité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Décompte ou attestation de paiement
Retraites principales et/ou de réversion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Retraites complémentaires ou de réversion	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Pension civile et militaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Rente accident du travail ou rente survivant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
<b>PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF</b>					
Prime activité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Attestation de versement mensuel de la CAF des 3 mois précédant la demande
Revenu de solidarité Active (RSA)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Allocations familiales	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Allocation Logement ou Aide Personnalisée au Logement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
<b>REVENUS DIVERS</b>					
Pensions alimentaires perçues	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Justificatif de la perception/versement ou jugement de divorce
Revenus mobiliers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Copie intégrale du dernier avis d'imposition, des déclarations de revenus et leurs annexes
Revenus fonciers	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	
Assurance vie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Relevé de situation
Autres ressources (préciser)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€	Tout justificatif indiquant la nature et le montant des ressources perçues

## CHARGES ET CRÉDITS :

CHARGES DE TOUTE PERSONNE VIVANT DANS LE FOYER			
Nature	Mensualité	Dettes (joindre les justificatifs d'impayés)	Pièces justificatives
Loyer / crédit immobilier Vous êtes : <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> hébergé	..... €	..... €	- Quittance de loyer - Tableau d'amortissement - Attestation de la personne qui vous héberge précisant le lien que vous avez avec cette personne et son justificatif de domicile
Eau	..... €	..... €	Aucune
Gaz	..... €	..... €	Aucune
Electricité	..... €	..... €	Aucune
Assurance (habitation, voiture...)	..... €	..... €	Aucune
Téléphone/Internet	..... €	..... €	Aucune
Complémentaire santé	..... €	..... €	Aucune
Taxes (habitation, foncière, ordures ménagères)	..... €	..... €	Aucune
Pension alimentaire versée	..... €	..... €	Justificatif de versement ou jugement de divorce
Dossier de surendettement	<input type="checkbox"/> Mensualité à rembourser : .....€ <input type="checkbox"/> Suspension/ effacement de dette		Plan de surendettement précisant la date de début et la date de fin
Autres : .....	..... €	..... €	

  

CREDITS (auto, consommation...)					
Nature	Organisme	Mensualité	Date de début	Date de fin	Dettes

## ORGANISME COMPLÉMENTAIRE :

La personne concernée par l'aide est-elle couverte par une Complémentaire Santé (mutuelle) ?

☐ OUI    ☐ NON    ☐ DEMANDE EN COURS    ☐ COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Nom et adresse de l'organisme : .....

Si vous avez une mutuelle, **joindre les justificatifs de prise en charge ou de refus** de prise en charge des frais concernant votre demande

## AUTRES FINANCEURS :

Avez-vous fait une demande, pour le même motif à un ou plusieurs organismes (MDPH, AGEFIPH, Fond social de votre mutuelle, complémentaire retraite, CCAS, association, etc...) ?

☐ OUI    Lesquels : .....    ☐ NON

Une aide vous a-t-elle été accordée ? ☐ OUI    ☐ NON (joindre la copie de la notification de décision d'accord ou de refus)

☐ J'autorise la CPAM des Flandres à transmettre mes coordonnées auprès des services du Département si mon dossier peut me permettre de bénéficier d'une aide financière supplémentaire, dans le cadre du dispositif d'accompagnement à l'accès et à l'usage des aides techniques

## AVIS MOTIVÉ :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et ne bénéficier d'aucune autre ressources. J'ai pris note que les décisions de la Commission ne peuvent être contestées.

Fait à ..... le .....

Signature du demandeur :

Quelle que soit la décision arrêtée par la Commission déléguée du Conseil de la Caisse, vous serez informé(e) par courrier.

Les informations recueillies sont traitées pour permettre la bonne gestion de votre demande d'aide financière sollicitée à la CPAM des Flandres sous la responsabilité de sa Directrice, 2 rue de la batellerie, CS 94 523, 59386 DUNKERQUE CEDEX 1. Elles sont conservées 36 mois et sont destinées à un usage strictement interne à la CPAM.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, et le droit d'opposition/ limitation ou d'effacement des données vous concernant en adressant une demande écrite à la Directrice ou au DPO : dpo.cpam-flandres@assurance-maladie.fr ou CPAM des Flandres, 2 rue de la batellerie, CS 94 523, 59386 DUNKERQUE CEDEX 1. Les réclamations au titre de la protection des données personnelles peuvent être introduites auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07).

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations (articles L 377.1 du code de la sécurité sociale et 441.1 du nouveau code pénal). La loi 78.17 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires.

## LISTE DES PIÈCES À FOURNIR :

### Pièces à joindre obligatoirement à tous les dossiers :

- Avis d'imposition (recto/verso)
- Dernière quittance de loyer ou tableau d'amortissement si prêt immobilier

Aides demandées	Pièces à joindre
AIDE MÉNAGÈRE, PORTAGE DE REPAS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si la demande fait suite à une sortie d'hospitalisation : le bulletin d'hospitalisation</li><li>- Si demande hors sortie d'hospitalisation : Prescription médicale</li></ul> Dans tous les cas, indiquer : Nombre d'heures par semaine souhaité, l'association choisie, la date de début d'intervention souhaitée
DENTAIRE, ORTHODONTIE	<ul style="list-style-type: none"><li>- Devis ou facture</li><li>- Notification de participation de la mutuelle</li></ul>
AUDITIF	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prescription médicale</li><li>- 2 devis de fournisseurs différents ou facture</li><li>- Notification de participation de la mutuelle</li><li>- <b>Participation ou refus de participation de la MDPH pour les assurés non retraités</b></li></ul>
OPTIQUE	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prescription médicale</li><li>- 2 devis de fournisseurs différents ou facture</li><li>- Notification de participation de la mutuelle</li></ul>
TICKET MODÉRATEUR	<ul style="list-style-type: none"><li>- Factures ou avis de sommes à payer détaillés (si hospitalisation)</li><li>- Prescription médicale (si soins)</li></ul>
PROTHÈSE CAPILLAIRE	<ul style="list-style-type: none"><li>- Devis ou facture</li><li>- Notification de participation ou refus de la mutuelle</li></ul>
FRAIS D'HOSPITALISATION	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avis initiaux des sommes à payer détaillés de l'hôpital (ou autre établissement) ou facture</li></ul>
AIDE A LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	<ul style="list-style-type: none"><li>- Copie du contrat mutuelle et/ou échéancier en cours (et justificatif d'impayé de mutuelle, s'il y a)</li><li>- Ou 2 devis de contrat de mutuelles différentes à garanties équivalentes, si vous n'êtes pas mutualisé</li></ul>
PERTE DE REVENUS liée à la maladie, à un accident de travail, au passage en invalidité	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les attestations d'indemnités journalières prévoyance</li><li>- Vos 3 derniers bulletins de salaire (même si nuls)</li><li>- Nous indiquer si vos crédits en cours sont pris en charge par votre assurance</li></ul>
PRODUITS ET ACTES NON REMBOURSABLES	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facture ou 2 devis de fournisseurs différents</li><li>- Prescription médicale</li></ul>
FRAIS D'OBSÈQUES (âgé de moins de 20 ans)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facture ou devis</li><li>- Notification de participation de la CAF</li></ul>

**A noter que les demandes suivantes font l'objet systématique d'un refus :** toute demande en l'absence de complémentaire santé ; les bas de contention ; les soins de pédicurie ; les fournitures pour incontinence ; les demandes d'aide-ménagère lorsqu'il y a 2 enfants de moins de 14 ans au foyer (la demande est à adresser à la CAF) ; l'hébergement pour cures thermales ; les frais d'obsèques pour les adultes de plus de 20 ans ; les dépassements d'honoraires ; les hospitalisations en chambre particulière ; les factures acquittées de plus de 6 mois.