



DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

(D. A. F. I.)

DÉPARTEMENT ACTION SOCIALE
SANTÉ ET VIEILLISSEMENT

(D. A. S. S. e. V)

☐ MALADIE ☐ MSA ☐ TI

N° S. S. ASSURÉ : /.../ /.../.../ /.../.../ /.../.../ /.../.../.../ /.../.../.../ /.../.../

Nom et Prénom :

Adresse :

Ville : Code Postal :

Tél domicile : Bureau : Portable :

Adresse e-mail :

BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE SOLLICITÉE (s'il n'est pas l'assuré)

Nom et Prénom :

Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré :

N° de Sécurité Sociale : /.../ /.../.../ /.../.../ /.../.../ /.../.../.../ /.../.../.../ /.../.../

Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire (C. S. S.) ☐ OUI ☐ NONBénéficiez-vous d'une mutuelle Santé ☐ OUI ☐ NON Son nom :

Article L.377.I du Code de la Sécurité Sociale : « Est passible d'une amende de 55 Euros à 3049 Euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application des lois... s'il y échet »



DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE INDIVIDUELLE

(D. A. F. I.)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

N° Allocataire CAF: Identifiant Pôle emploi :

Êtes-vous bénéficiaire de l'APA ? ☐ OUI ☐ NON G. I. R. (voir notification)

MOTIF DE LA DEMANDE

Je sollicite une aide exceptionnelle pour

.....

.....

.....

.....

.....

Le montant de ma demande s'élève à : €

Après avoir pris connaissance de l'article L.377.I du code de la Sécurité Sociale (page I), je confirme ma demande et certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur cet imprimé ainsi que les documents fournis.

Nom du DEMANDEUR : A le

..... Signature

DÉCISION

Montant accordé : € Versement à : ☐ Assuré ☐ Tiers

Date : Signature et cachet du Responsable :

Conformément au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant en vous adressant à : dpo@cgss-martinique.fr.

En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE

(Justificatifs du mois précédant la date de dépôt de la demande)

- ☐ **Attestation vitale** ☐ **RIB du bénéficiaire de l'aide**
☐ **Prescription médicale + justificatifs de la demande ou devis avec participation mutuelle**

IMPORTANT : Seules les demandes dûment complétées et accompagnées de justificatifs seront prises en considération

Justificatifs des ressources de TOUS les membres de la famille vivant au foyer	Justificatifs des charges de TOUS les membres de la famille vivant au foyer
○ SI VOUS ETES SALARIE ➤ Dernier bulletin de salaire ou Indemnités journalières (maladie, maternité, AT/MP,...) ○ SI VOUS ETES EN INVALIDITE ➤ Justificatif de pension d'invalidité ➤ Justificatif de Rente Accident de Travail ○ SI VOUS ETES RETRAITE ➤ Justificatif de Retraite (Principal, Réversion, Complémentaire) ○ SI VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI ➤ Dernière attestation de paiement du pôle emploi ○ AUTRES REVENUS ➤ Dernière attestation de paiement de la CAF (Allocations familiales, RSA, AAH, AEEH) ➤ Notification de dépendances (Allocation compensatrice, PCH, APA) ➤ Pensions alimentaires perçues ➤ Bourses scolaires ➤ Autres (Jobs, etc ...)	○ Loyer ou échéancier prêt accession à la propriété ○ Echéanciers de crédits ○ Dernière facture d'Eau RECTO/VERSO ○ Dernière facture d'électricité RECTO/VERSO ○ Dernière facture de téléphone RECTO/VERSO ○ Justificatifs paiement d'assurances (Habitation, scolaire, auto, vie, mutuelle santé, décès, etc...) ○ Derniers Avis d'imposition TOUTES LES PAGES (Revenu, Taxe d'habitation, Taxes foncière) ○ Frais de dépendance (frais couches, alèses, petit matériel médical non remboursé) ○ Pensions alimentaires versées ○ Etat de dettes (Factures impayées, courriers contentieux, etc...) ○ Autres