



# 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  NON

Bénéficiez-vous d'une mutuelle Santé  OUI  NON Son nom : .....

**Article L.377.1 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 :



## 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 <b>TOUS</b> les membres de la famille vivant au foyer	Justificatifs des charges de <b>TOUS</b> les membres de la famille vivant au foyer
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ SI VOUS ETES SALARIE               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dernier bulletin de salaire ou Indemnités journalières (maladie, maternité, AT/MP,...)</li> </ul> </li> <li>○ SI VOUS ETES EN INVALIDITE               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Justificatif de pension d'invalidité</li> <li>➤ Justificatif de Rente Accident de Travail</li> </ul> </li> <li>○ SI VOUS ETES RETRAITE               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Justificatif de Retraite (Principal, Réversion, Complémentaire)</li> </ul> </li> <li>○ SI VOUS ETES DEMANDEUR D'EMPLOI               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dernière attestation de paiement du pôle emploi</li> </ul> </li> <li>○ AUTRES REVENUS               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dernière attestation de paiement de la CAF (Allocations familiales, RSA, AAH, AEEH)</li> <li>➤ Notification de dépendances (Allocation compensatrice, PCH, APA)</li> <li>➤ Pensions alimentaires perçues</li> <li>➤ Bourses scolaires</li> <li>➤ Autres (Jobs, etc ...)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Loyer ou échéancier prêt accession à la propriété</li> <li>○ Echéanciers de crédits</li> <li>○ Dernière facture d'Eau <b>RECTO/VERSO</b></li> <li>○ Dernière facture d'électricité <b>RECTO/VERSO</b></li> <li>○ Dernière facture de téléphone <b>RECTO/VERSO</b></li> <li>○ Justificatifs paiement d'assurances (Habitation, scolaire, auto, vie, mutuelle santé, décès, etc...)</li> <li>○ Derniers Avis d'imposition <b>TOUTES LES PAGES</b> (Revenu, Taxe d'habitation, Taxes foncière)</li> <li>○ Frais de dépendance (frais couches, alèses, petit matériel médical non remboursé)</li> <li>○ Pensions alimentaires versées</li> <li>○ Etat de dettes (Factures impayées, courriers contentieux, etc...)</li> <li>○ Autres</li> </ul>