

DEMANDE D'AIDE SANTE

POITOU

Service Action Sanitaire et Sociale

Conditions d'attribution (cf règlement) :

Être assuré(e) en maladie à la MSA POITOU

La décision sera soumise à l'avis du Comité d'Action Sanitaire et Sociale qui se réunit une fois par mois.

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Le devis ou la facture
- Le justificatif de la mutuelle précisant le montant du remboursement
- Vos justificatifs de ressources et ceux de votre conjoint (bulletin de salaire, indemnités Pôle emploi, journalières...)
- Le dernier avis d'imposition

Pour des séances d'ergothérapie : Le bilan justifiant les séances.

En supplément pour les personnes âgées :

- L'imprimé des détails des revenus financiers joint au dossier
- Les justificatifs de retraites autres que MSA

Ce document doit être dûment complété et retourné **avec tous les justificatifs** soit :

Par mail : secours.blf@poitou.msa.fr OU Par votre espace privé sur le site internet / application MSA

1 - Identification du foyer

| Demandeur | Conjoint(e) |
|--|---|
| Numéro de sécurité sociale : <input type="text"/> | Numéro de sécurité sociale : <input type="text"/> |
| Nom : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/> | Nom : <input type="text"/> |
| Adresse : <input type="text"/> | Prénom : <input type="text"/> |
| Téléphone : <input type="text"/> | Vous êtes : <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre |
| Mail : <input type="text"/> | Profession : <input type="text"/> |
| Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) | |
| Vous êtes : <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre | |
| Profession : <input type="text"/> | |
| Avez-vous une complémentaire santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Si oui, nom et adresse : <input type="text"/> | |
| Nature de l'aide : <input type="text"/> | |
| Je sollicite une aide d'un montant de <input type="text"/> € | |

2 - Demande de renseignement concernant les enfants à charge ou non

| Nom | Prénom | Date de naissance | Situation |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DEMANDE D'AIDE SANTE

POITOU

Service Action Sanitaire et Sociale

3 - Ressources

| Montant perçu par mois (Période de référence : mois précédent la demande ou mois en cours si les ressources sont connues) | | |
|---|----------------------|----------------------|
| Nature | Monsieur | Madame |
| Revenu d'activité : salaire net imposable ou pour les travailleurs indépendant moyenne des derniers revenus annuels connus / Indemnités journalières | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Revenu de Solidarité Active (RSA) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prestations familiales : <input type="checkbox"/> AJE (Accueil du Jeune Enfant) <input type="checkbox"/> API (Allocation de Parent Isolé) <input type="checkbox"/> ASF (Allocation de Soutien Familiales) <input type="checkbox"/> Autre | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Aide au logement (AL ou APL) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| AAH (Allocation aux adultes handicapés) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pension et rentes : <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pension alimentaire | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Autre : <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Total | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4 - Charges mensuelles

| Nature (eau, électricité, loyer...) | Montant |
|--|----------------------|
| Loyer ou prêt d'accession à la propriété | <input type="text"/> |
| Eau | <input type="text"/> |
| Électricité / gaz / fioul / bois | <input type="text"/> |
| Assurance(s) | <input type="text"/> |
| Téléphone fixe/internet/portable | <input type="text"/> |
| Mutuelle | <input type="text"/> |
| Autre : <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Autre : <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Les soussignés certifient sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande ainsi que les documents joints, sont exacts.

ATTENTION : La loi rend passible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Art.L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 1047 du Code Rural, L 441-1 du Code Pénal)

 Le Signature du ou des demandeurs