

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