

QUESTIONNAIRE DE RESSOURCES

Agent : Date :

MOTIF DE LA DEMANDE (Les justificatifs doivent être joints à la présente demande)

- Optique Dentaire Orthodontie
 Auditif Forfait journalier Frais médicaux
 Transports Ressources

Mutualisation :

- sans Complémentaire santé solidaire avec Complémentaire santé solidaire participative

Autres (bilan, hospitalisation, ticket modérateur...) :

Commission de surendettement : Oui Non

PERSONNE CONCERNÉE

ASSURÉ(E) AYANT-DROIT : Conjoint Enfant Autre :

Nom : Prénoms :

Date de naissance :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

N° de Sécurité sociale :

N° Allocataire CAF :

Adresse :

Téléphone :

Courriel : @

Profession : Employeur :

PERSONNES VIVANT AU FOYER / COMPOSITION DE LA FAMILLE

NOM - PRENOM	Lien de parenté	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance	Profession / Activité

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

ACCESSION A LA PROPRIETE Propriétaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prêts maison : € Allocation logement : € Montant à charge : €	LOCATAIRE Loyer brut : € Allocation logement : € Loyer à charge : €
Résidence mobile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sans résidence stable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Hébergé à titre gratuit* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quel titre : Pension alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant donné : € <input type="checkbox"/> Non Complémentaire santé solidaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avez-vous une mutuelle ou une complémentaire santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI, indiquez le montant de sa participation sur les frais engagés ou prévus : € Aide accordée par un autre organisme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel : Montant : €	

Toutes les ressources, imposables ou non imposables, effectivement perçues par toutes les personnes vivant au foyer, doivent être portées à la connaissance de la commission des aides financières.

PÉRIODE DE RÉFÉRENCE : du au

Ressources des 3 derniers mois			VOUS	CONJOINT OU CONCUBIN	ENFANTS	AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER
REVENUS	<input type="checkbox"/> Salaire net	1 ^{er} mois de référence				
		2 ^{ème} mois de référence				
		3 ^{ème} mois de référence				
	<input type="checkbox"/> Allocations France Travail					
	<input type="checkbox"/> Indemnités journalières					
	<input type="checkbox"/> Complément de salaire versé par l'employeur ou la prévoyance					
	<input type="checkbox"/> Revenus mobiliers et immobiliers					
	<input type="checkbox"/> Statut micro-entrepreneurs : chiffre d'affaires N-1 après abattement selon si imposé sur achats/ventes, prestations de services ou BNC					
	<input type="checkbox"/> Statut micro-entrepreneurs : BIC N-1					
PENSIONS ET RENTES	<input type="checkbox"/> Rente Accident de Travail					
	<input type="checkbox"/> Pension d'Invalidité / ASI					

	<input type="checkbox"/> Pension Militaire				
	<input type="checkbox"/> Rente viagère				
CAF	<input type="checkbox"/> RSA / Prime d'activité / RSA activité				
	<input type="checkbox"/> Allocations familiales				
	<input type="checkbox"/> Complément familial				
	<input type="checkbox"/> Soutien familial				
	<input type="checkbox"/> PAJE (accueil jeune enfant)				
	<input type="checkbox"/> Autres prestations				
RETRAITE	<input type="checkbox"/> Retraite principale / ASPA				
	<input type="checkbox"/> Retraites autres régimes (RSI MSA...)				
	<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s)				
	<input type="checkbox"/> Pension de réversion				
HANDICAP (1)	<input type="checkbox"/> AEEH ou AAH				
	<input type="checkbox"/> Majoration Vie Autonome (MVA)				
	<input type="checkbox"/> Complément de ressources				
	<input type="checkbox"/> Allocation Tierce Personne : si vous rémunérez un salarié avec cette allocation, joindre les justificatifs.				
AUTRES	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire reçue				
	<input type="checkbox"/> Bourses d'études				
	Autres :				
TOTAL					

(1) Avez-vous sollicité le Fonds de compensation (FDC) à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) Oui Non

J'autorise la caisse d'assurance maladie de la Charente-Maritime à contacter la MDPH pour toute information nécessaire au traitement de ma demande Oui Non

Je, soussigné (e), certifie sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration.

A, le

Signature

La loi rend passible d'amende et / ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377.1 du code de la Sécurité Sociale).

Les informations recueillies sont utiles à la gestion de votre dossier.

Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition/limitation ou d'effacement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données (DPO). En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, toute personne peut introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

CPAM de la Charente-Maritime

PAS 117 008RV/01.2025