santé
famille
retraite
services

L'essentiel & plus encore

Demande d'aide financière santé famille et senior

ESSS08447

1 - Identification de l'assuré(e)

- N° Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- Nom : _____ • Prénom : _____
- Né(e) le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
- Adresse : _____
- Code Postal : |__|__|__|__|__| • Commune : _____
- Téléphone : |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__|
- Prestations maladie versées par : ☐ MSA ☐ CPAM ☐ Autres
- Allocations familiales versées par : ☐ MSA ☐ CAF ☐ Autres
- Avez-vous une mutuelle ? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, nom de la mutuelle : _____

Situation professionnelle

☐ Salarié ☐ Exploitant ☐ Autre

- SALARIÉ, précisez l'identité de l'employeur _____
- EXPLOITANT AGRICOLE, indiquez l'activité principale de l'exploitation _____

2 - Identification du conjoint

- N° Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
- Nom : _____ • Prénom : _____
- Né(e) le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
- Adresse : _____
- Code Postal : |__|__|__|__|__| • Commune : _____
- Téléphone : |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__| / |__|__|
- Prestations maladie versées par : ☐ MSA ☐ CPAM ☐ Autres
- Allocations familiales versées par : ☐ MSA ☐ CAF ☐ Autres
- Avez-vous une mutuelle ? ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, nom de la mutuelle : _____

Situation professionnelle

☐ Salarié ☐ Exploitant ☐ Autre

- SALARIÉ, précisez l'identité de l'employeur _____
- EXPLOITANT AGRICOLE, indiquez l'activité principale de l'exploitation _____

3 - Objet de la demande

☐ Prothèse dentaire ☐ Prothèse auditive ☐ Prothèse capillaire
☐ Forfaits journaliers ☐ Soins d'orthodontie ☐ Séances psychomotricité
☐ Compléments alimentaires ☐ Frais d'optique

☐ Autre* (à préciser) _

** Sauf cures thermales pour adultes.*

4 - Situations - ressources

	Nature	Demandeur	Conjoint
Ressources	- Ressources exploitants agricoles,... - Salaires, ASSEDIC,... - Pension d'invalidité - Indemnité journalière maladie - Allocation adulte handicapé - Retraite - APA (Aide personnalisée à l'autonomie) - Prestations familiales - Aide au logement - Pension alimentaire perçue		
Charges	- Loyer - Mensualités prêts habitat - Mensualités prêts consommation - Pension alimentaire versée -		
Dettes	- Factures impayées - -		

4 - Objet et motivation de la demande (obligatoire)

5 - Nature des frais (engagés ou prévus)

	Montant	Réservé MSA
Pour les dépenses maladie : financement		
- remboursement assurance maladie ou accident		
- remboursement mutuelle		
- autres financement		
- reste à charge		
Aide que vous sollicitez auprès de la MSA		
Aide sollicitée ou obtenue auprès d'autres organismes		

☐ Au demandeur ☐ A un tiers*, précisez : _

** Joindre le RIB du tiers.*

Faire une demande

- Compléter le formulaire de demande et le retourner accompagné des justificatifs à :
  MSA d'Armorique – 12, rue de Paimpont – 22025 Saint-Brieuc cedex 1

- Liste des pièces justificatives à fournir :
  - photocopie de l'avis d'imposition N-1 sur les revenus 2 du demandeur et de son conjoint,
  - attestation bancaire des capitaux mobiliers,
  - copie du contrat de complémentaire santé,
  - factures ou devis datant de moins de 3 mois,
  - copie du décompte de remboursement de la mutuelle,
  - attestation de paiement des prestations familiales si l'assuré ne perçoit pas ses allocations familiales de la MSA.

À compléter obligatoirement pour toute demande.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

• **Fait à :** _____

le : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Signature de l'assuré(e) :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 377-1 du code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la MSA d'Armorique. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant, par courrier postal, au Délégué a la protection des données – MSA d'Armorique – 12, rue de Paimpont - 22025 Saint-Brieuc Cedex 1.
Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).
Certaines de vos informations peuvent être transmises a nos partenaires qui réalisent les interventions, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Action Sociale.

Action Sanitaire et Sociale - MSA d'Armorique - Février 2020 - Formulaire PASS demande aide financière santé famille et senior