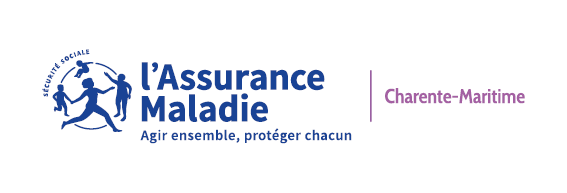
**Questionnaire de ressources**



|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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° Immatriculation SS : ………………………………………………….………………………………………………………...  N° 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 à la propriété**  Propriétaire :  Oui  Non  Prêts maison : …………………………………….……… €  Allocation logement : ……………………………..……… €  Montant à charge : …………………………………..…… € | **locataire**  Loyer brut : ………………………………………..…...…… €  Allocation logement : …………………………..……...…… €  Loyer à charge : …………………………………..…...…… € |
| Résidence mobile :  Oui  Non Sans résidence stable :  Oui  Non  Hébergé à titre gratuit\* :  Oui  Non  Si oui, à quel titre : ……………………………………………………………………………………………..…………………..  Pension alimentaire :  Oui  Montant donné : ……………………….………… €  Non  Complémentaire santé solidaire :  Oui  Non  Avez-vous une mutuelle ou une complémentaire santé :  Oui  Non  Si OUI, indiquez le montant de sa participation sur les frais engagés ou prévus : ………………………………………. €  Aide accordée par un autre organisme :  Oui  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** | Salaire net | 1er mois de référence |  |  |  |  |
| 2ème mois de référence |  |  |  |  |
| 3ème mois de référence |  |  |  |  |
| Allocations Pôle Emploi | |  |  |  |  |
| Indemnités Journalières | |  |  |  |  |
| Complément de salaire versé par l'employeur ou la prévoyance | |  |  |  |  |
| Revenus mobiliers et immobiliers | |  |  |  |  |
| Statut micro-entrepreneurs : chiffre d’affaires N-1 après abattement selon si imposé sur achats/ventes, prestations de services ou BNC | |  |  |  |  |
| Statut micro-entrepreneurs : BIC N-1 | |  |  |  |  |
| **PENSIONS ET RENTES** | Rente Accident de Travail | |  |  |  |  |
| Pension d'Invalidité / ASI | |  |  |  |  |
|  | Pension Militaire | |  |  |  |  |
| Rente viagère | |  |  |  |  |
| **CAF** | RSA / Prime d’activité / RSA activité | |  |  |  |  |
| Allocations familiales | |  |  |  |  |
| Complément familial | |  |  |  |  |
| Soutien familial | |  |  |  |  |
| PAJE (accueil jeune enfant) | |  |  |  |  |
| Autres prestations | |  |  |  |  |
| **RETRAITE** | Retraite principale / ASPA | |  |  |  |  |
| Retraites autres régimes (RSI MSA…) | |  |  |  |  |
| Retraite(s) complémentaire(s) | |  |  |  |  |
| Pension de réversion | |  |  |  |  |
| **handicap(1)** | AEEH ou AAH | |  |  |  |  |
| Majoration Vie Autonome (MVA) | |  |  |  |  |
| Complément de ressources | |  |  |  |  |
| Allocation Tierce Personne : **si vous rémunérez un salarié avec cette allocation, joindre les justificatifs.** | |  |  |  |  |
| **AUTRES** | Pension alimentaire reçue | |  |  |  |  |
| 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.*