**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 [ ]  RessourcesMutualisation : [ ]  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 [ ]  NonPrêts maison : …………………………………….……… €Allocation logement : ……………………………..……… €Montant à charge : …………………………………..…… € | **locataire**Loyer brut : ………………………………………..…...…… €Allocation logement : …………………………..……...…… €Loyer à charge : …………………………………..…...…… € |
| Résidence mobile : [ ]  Oui [ ]  Non Sans résidence stable : [ ]  Oui [ ]  NonHébergé à titre gratuit\* : [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, à quel titre : ……………………………………………………………………………………………..…………………..Pension alimentaire : [ ]  Oui [ ]  Montant donné : ……………………….………… € [ ]  NonComplémentaire santé solidaire : [ ]  Oui [ ]  NonAvez-vous une mutuelle ou une complémentaire santé : [ ]  Oui [ ]  NonSi OUI, indiquez le montant de sa participation sur les frais engagés ou prévus : ………………………………………. €Aide accordée par un autre organisme : [ ]  Oui [ ]  NonLequel : …………………………………………………………….. 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.*