

## 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

<b>ACCESSION A LA PROPRIETE</b>		<b>LOCATAIRE</b>	
Propriétaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Loyer brut : ..... €	
Prêts maison : ..... €		Allocation logement : ..... €	
Allocation logement : ..... €		Loyer à charge : ..... €	
Montant 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
<b>REVENUS</b>	<input type="checkbox"/> Salaire net	1 <sup>er</sup> mois de référence				
		2 <sup>ème</sup> mois de référence				
		3 <sup>ème</sup> mois de référence				
	<input type="checkbox"/> Allocations Pôle Emploi					
	<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						
<b>PENSIONS ET RENTES</b>	<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 <sup>(1)</sup>	<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 : <b>si vous rémunérez un salarié avec cette allocation, joindre les justificatifs.</b>				
AUTRES	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire reçue				
	<input type="checkbox"/> Bourses d'études				
	Autres : .....				
<b>TOTAL</b>					

(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

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.