

COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

- * Bénéficiez-vous d'une couverture complémentaire ? oui non
Si oui, préciser : CMUC mutuelle assurance prévoyance
- * Avez-vous demandé le bénéfice d'une aide auprès d'un autre service d'action sociale? oui non
Si oui, auprès de quel organisme? (ex : employeur, mutuelle, CAF, pôle emploi... etc)

Joindre pour tous appareillages, soins et traitement, le décompte, la facture acquittée, le devis ou la notification de paiement précisant le montant de l'aide

- * Avez-vous obtenu une aide financière au cours des 12 derniers mois? oui non
(joindre la décision) date : _____ montant : _____

JUSTIFICATIF CONCERNANT LA DEMANDE

Détailler les différents frais engagés. Mentionner les éventuels remboursements effectués par la sécurité sociale, votre mutuelle ou tout autre organisme. Joindre tous les justificatifs des dépenses et remboursements (factures, devis, décomptes CGSS, certificat Médical)

| Dépenses réelles | Remboursements Sécurité Sociale | Remboursements Mutuelle ou autre organisme complémentaire | Solde |
|------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Si vous demandez une aide en raison d'un **décès**, veuillez préciser :

- * L'identité et la parenté de la personne décédée : _____
* Quelles étaient ses ressources mensuelles : _____

VERSEMENT DE L'AIDE A UN TIERS

En cas d'accord, j'autorise la Caisse à effectuer le versement de l'aide qui m'est destinée :

- au professionnel de santé (dentiste, médecin, ...)
 au fournisseur (opticien, prothésiste, ...)
 à l'association d'aide ménagère ou CCAS...
 ou à un tiers (Préciser) _____

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus (Article L114-13 du code de la sécurité sociale et 441-1 du code pénal)

Le présent document est une attestation sur l'honneur qui engage son auteur et doit être daté et signé.

Fait à _____ le _____

Signature

NB : Si votre demande est acceptée, vous en serez informé par courrier. En cas de refus une notification vous sera adressée. L'attribution des prestations supplémentaires ou aides financières sont essentiellement facultatives. Les décisions prises ne sont pas susceptibles d'appel. Vous ne pouvez contester le montant de l'aide accordée.



Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane

Nom, prénom de l'assuré (e) :

Adresse :

Mail :

N° de tél :

N° d'immatriculation : _____

DEMANDE DE PRESTATION SUPPLEMENTAIRE ET SECOURS

Les articles 71 et 72-2 du Règlement Intérieur de la Caisse autorisent, sous certaines conditions, l'octroi de « Prestations Supplémentaires » et de « Secours ».

Peuvent en bénéficier les assurés devant faire face à des dépenses hors de proportion avec leurs ressources ou se trouvant dans une situation pécuniaire difficile par suite de frais nécessités par une maladie, une maternité, un accident du travail ou un décès.

Cette aide présente un **caractère exceptionnel** et relève d'une situation financière **temporaire**.

Toute demande sera examinée par une Commission spécialisée dont la décision sera susceptible d'aucun recours.

MOTIF DE LA DEMANDE

(Joindre une lettre éventuellement et les pièces justificatives)

Veuillez exposer brièvement vos difficultés :

- * Cette demande fait-elle suite à une hospitalisation : OUI NON
* Date de l'hospitalisation (joindre le bulletin de sortie) : _____
* Pouvez-vous bénéficier d'un remboursement de votre mutuelle (joindre décompte)? OUI NON
* Montant de l'aide sollicitée : _____ Montant des frais engagés : _____

Espace Turenne RADAMONTHE
Route de Raban - CS 37015
97307 CAYENNE CEDEX

BAL : servicesocial@cgss-guyane.fr

TÉLÉPHONE : 36.46

TÉLÉCOPIE : 05.94.39.60.55



SITUATION DE L'ASSURE(E)

NOM : _____ PRENOM : _____

Célibataire marié (e) pacsé (e) vie maritale divorcé (e) veuf (ve)

ADMINISTRATIVE :

salarié (e) non salarié (e) Fonctionnaire : titulaire non titulaire

Depuis le : _____ Nom de l'employeur : _____

AUTRES CAS : (préciser lequel) :

Maladie Rente AT/MP Invalide Chômage RSA Retraite

Autre (préciser la nature) : _____

BENEFICIAIRE CONCERNÉ(E) PAR CETTE AIDE

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Assuré (e) conjoint (e) enfant autre _____

COMPOSITION DE LA FAMILLE

| MEMBRES | NOM PRENOM | DATE DE NAISSANCE | LIEN DE PARENTE | SITUATION : (Scolaire, apprenti, salarié, chômage, retraité, autre) |
|------------------------------------------|---------------|----------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| CONJOINT(E) | | | | |
| ENFANT(S) vivant au foyer | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| AUTRE(S) personnes vivant au foyer | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

RESSOURCES MENSUELLES (JUSTIFICATIFS DE MOINS DE 3 MOIS)

| RESSOURCES | ASSURE(E) | CONJOINT(E) | ENFANT(S) | AUTRES | TOTAL |
|------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|--------|-------|
| Salaire net | | | | | |
| Indemnités journalières (maladie, maternité, AT) | | | | | |
| Allocation chômage | | | | | |
| R.S.A. | | | | | |
| Complément de salaire versé par l'employeur | | | | | |
| Complément de salaire versé par la caisse de prévoyance | | | | | |
| Prestations familiales (ASF, APE, PAJE...) | | | | | |
| Allocation tierce personne (APA, PCH...) | | | | | |
| Allocation logement | | | | | |
| Pension (s) alimentaire (s) | | | | | |
| Pension invalidité + Fonds Social Invalidité | | | | | |
| Rente accident de travail | | | | | |
| Pension vieillesse / réversion et ASPA | | | | | |
| Retraite complémentaire | | | | | |
| Autre | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

CHARGES MENSUELLES

| CHARGES | ASSURE(E) | CONJOINT(E) | ENFANT(S) | AUTRES | TOTAL |
|------------------------------------|-----------|-------------|-----------|--------|-------|
| Loyer | | | | | |
| EDF | | | | | |
| SGDE | | | | | |
| Mutuelle | | | | | |
| Impôt sur le revenu | | | | | |
| Taxes habitation / foncière | | | | | |
| Assurance véhicule | | | | | |
| Assurance habitation | | | | | |
| Assurances diverses | | | | | |
| Abonnement téléphonique / internet | | | | | |
| Crédit (s) | | | | | |
| Dette (s) | | | | | |
| TOTAL | | | | | |