



DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS DE SOLIDARITÉ

Ce document peut être rempli avec l'aide de votre organisme gestionnaire

Art. 1 : Les fonds de solidarité ont notamment pour objet d'intervenir lorsque des dépenses de santé particulièrement élevées restent à charge des bénéficiaires, eu égard à leur situation financière et familiale.

Art. 2 : Ces actions sont menées exclusivement au profit des bénéficiaires du régime complémentaire de couverture des frais de santé.

Remarques importantes

Pièces justificatives à joindre (les photocopies suffisent) :

- dernier bulletin de salaire de l'assuré et du conjoint ou concubin, ou personne liée par un PACS,
- dernier avis de versement de la CAF,
- montant des indemnités journalières/pension d'invalidité et rente d'accident du travail,
- dernière notification de décision de prise en charge par l'ASSEDIC,
- dernier avis de versement de l'allocation chômage,
- double du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur les revenus, à la taxe d'habitation et aux taxes foncières,
- quittance de loyer ou charges de copropriété, échéanciers des emprunts en cours,
- pièces originales justificatives des dépenses et des remboursements déjà perçus,
- pour les interventions hors nomenclature un certificat médical circonstancié, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil, accompagné de l'avis du médecin ayant établi le certificat médical.

ASSURÉ(E)

NOM, PRÉNOM	NOM DE JEUNE FILLE
DATE DE NAISSANCE	FONCTION
ADRESSE	N° TÉLÉPHONE
.....	ORGANISME GESTIONNAIRE DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE
N° SÉCURITÉ SOCIALE
ORGANISME EMPLOYEUR

CONJOINT, CONCUBIN OU PERSONNE LIEE PAR UN PACS

NOM, PRÉNOM	NOM DE JEUNE FILLE
DATE DE NAISSANCE	PROFESSION
N° SÉCURITÉ SOCIALE	ASSUREUR COMPLÉMENTAIRE

ENFANTS À CHARGE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION	REVENUS MENSUELS	NATURE DU REVENU
.....
.....
.....
.....

PERSONNES À CHARGE AUTRE QUE LES ENFANTS

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION	REVENUS MENSUELS	NATURE DU REVENU
.....
.....
.....
.....

REVENUS DISPONIBLES au vu des justificatifs	ASSURÉ	CONJOINT, CONCUBIN ou personne liée par un PACS	PERSONNES À CHARGE		TOTAL
			Enfants	Ascendants	
			Nombre : Âge :	Nombre : Âge :	
REVENUS ANNUELS					
REVENU BRUT GLOBAL ¹
PENSIONS / RENTES (NON IMPOSABLES)
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (NON IMPOSABLES)
MAJORATION TIERCE PERSONNE
RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL
ALLOCATION LOGEMENT
PRESTATIONS FAMILIALES
BOURSES D'ÉTUDES
AUTRES REVENUS (pensions d'invalidité, allocations chômage...)
TOTAL « R » (REVENUS)
CHARGES ANNUELLES					
IMPÔTS SUR LE REVENU ¹
TAXE FONCIÈRE
TAXE D'HABITATION
LOYER
ACCESSION À LA PROPRIÉTÉ (RÉSIDENCE PRINCIPALE)
CHARGES LOCATIVES OU DE PROPRIÉTÉ
FRAIS DE NOURRICE FRAIS DE SCOLARITÉ (INTERNAT)
PENSIONS ALIMENTAIRES
EMPRUNT EN COURS ²
TOTAL « C » (CHARGES)
				R - C ANNUEL

¹ Selon avis d'imposition ou de non imposition le plus récent. ² Préciser la destination du prêt.

EXPOSÉ ET CHIFFRAGE DU CAS (mentionner, le cas échéant, les autres aides et les changements significatifs des ressources)

.....
.....
.....
.....

R - C ANNUEL

DÉPENSES TOTALES :
REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE :
REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE :
AUTRES AIDES :

PRÉCISEZ L'ORIGINE :

RESTE À CHARGE :

CADRE RESERVE AU COORDONATEUR DES FONDS		CADRE RÉSERVÉ À LA COMMISSION	
PROPOSITION	ALLOCATION :	DÉCISION	ALLOCATION :