

DOSSIER D'ENTRAIDE SANTÉ CCM CCAS

TOUT DOSSIER INCOMPLET VOUS SERA RETOURNÉ

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

N° D'ADHÉRENT : _____ N° D'ORDRE : _____
 GARANTIE(S) : _____ DATE D'ADHÉSION : _____
 NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES AFFILIÉS : _____

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL – OUVRANT DROIT

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Tél : _____ Courriel : _____@_____
 Bloctel : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : bloctel.gouv.fr
 Mon Adhésion : CSM CCAS Autre : _____
 Option Non Sodeli Cort

COMPOSITION DE LA FAMILLE À CHARGE

NOM - Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

BÉNÉFICIAIRE DE LA DEMANDE D'AIDE

Toute personne concernée par la demande devra être affiliée au contrat
 Adhérent(e) Conjoint(e) Enfant Autre, préciser : _____
 Age : _____ ans
 Nom : _____
 Prénom : _____
 Situation (Salarié, Scolarisé, Retraité...): _____
 e (si concerné):
 Accident du travail : Oui Non Depuis le : _____
 Handicap : Oui Non Taux : < 50% Entre 50 et 79% + 80%
 Invalidité : Oui Non Catégorie : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème}
 Titulaire d'une Carte Mobilité Inclusion : Stationnement Priorité Invalidité
 Perte d'autonomie* : GIR 1 GIR 2 GIR 3 GIR 4 GIR 5 GIR 6
 e de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : Oui Non

Pour garantir la confidentialité de vos données, votre dossier sera transmis à la Commission Sociale sous un N° d'ordre anonyme.

* a grille AGGIR sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	Adhérent(e)	Conjoint(e)	Autre : _____
Salaire/Pension	_____	_____	_____
Indemnités chômage	_____	_____	_____
Rente accident du travail	_____	_____	_____
Pension d'invalidité	_____	_____	_____
Pension de réversion	_____	_____	_____
Autres : _____	_____	_____	_____

PRESTATIONS

Allocation familiale	_____	_____	_____
Allocation logement	_____	_____	_____
Allocation pour l'Éducation de l'Enfant Handicapé	_____	_____	_____
Complément Allocation pour l'Éducation de l'Enfant Handicapé	_____	_____	_____
Allocation Adulte Handicapé	_____	_____	_____
Prestation de Compensation du Handicap	_____	_____	_____
Allocation Compensatrice pour Tierce Personne	_____	_____	_____
Allocation Personnalisée d'Autonomie	_____	_____	_____
Autre : _____	_____	_____	_____

AUTRES

Pension alimentaire	_____	_____	_____
Revenus mobiliers	_____	_____	_____
Revenus immobiliers	_____	_____	_____
Autre : _____	_____	_____	_____
TOTAL :	_____	_____	_____

Pourriez-vous nous préciser par quel biais avez-vous connu la Commission d'Entraide Santé ?

- Assistant de Service Social
 CMCAS
 Autre organisme (Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Conseil Général...)
- Site internet Energie Mutuelle
 Proche
 Autre : _____

OBJET DE LA DEMANDE : _____

Toute demande en lien avec la santé peut être étudiée dès lors que le reste à charge est égal ou supérieur à 200€.

DOMAINE

- Aménagement Appareillage Optique Dentaire
 Equipement Paramédical Soins médicaux

Exposé des motifs de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ORGANISMES SOLLICITÉS

ORGANISME	NATURE DE L'AIDE	MONTANT DE L'AIDE
Maison Départementale des Personnes Handicapées	_____	_____ €
Caisse Mutuelle Complémentaire et d'Action Sociale	_____	_____ €
Agence Nationale de l'Amélioration de l'Habitat	_____	_____ €
CAMIEG	_____	_____ €
Sécurité Sociale	_____	_____ €
Département	_____	_____ €
Association	_____	_____ €
Bureau d'aide sociale	_____	_____ €
Mairie	_____	_____ €
Employeur	_____	_____ €
Autre : _____	_____	_____ €

MONTANT DES PRESTATIONS

Frais réels : _____, _____ €

Remboursement Sécurité Sociale : _____, _____ €

Remboursement CAMIEG ou Mutuelle : _____, _____ €

Remboursement Energie Mutuelle : _____, _____ €

Remboursement Option (Sodeli/Cort) : _____, _____ €

RESTE A CHARGE : _____, _____ €

Les aides liées à la santé sont allouées exceptionnellement et ponctuellement après délibération de la Commission d'Entraide Santé.

PIÈCES À FOURNIR

- Formulaire ci-joint rempli et signé Autre :
- Avis du médecin
- Relevé d'Identité Bancaire
- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition (Recto-verso dans son intégralité)
- Devis ou Factures originales des frais concernés
- Les photocopies des ressources mensuelles ou trimestrielles des personnes vivant au foyer (salaire, pension, indemnité chômage ainsi que celle du dernier mois de l'année)
- Si concerné(e):
- Allocation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Allocation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées
- Allocation d'invalidité
- Allocation de la Caisse d'Allocation Familiale
- Allocation de l'Affectation de Longue Durée
- Atifs de revenus Mobiliers et/ou Immobiliers

