



Demande d'Aide Accès à la Santé

Année 2024

1. DEMANDEUR OUVRANT-DROIT

NOM : Prénom :

NIA : Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Courriel :@.....

Vous êtes : CELIBATAIRE MARIE(E) DIVORCE(E) CONCUBINAGE
SEPARE(E) VEUF(VE) Partenaire d'un PACS

2. A COMPLETER SI LA DEMANDE CONCERNE L'AYANT-DROIT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit) :

.....

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

3. NATURE DES DEPENSES DE SANTE (à cocher)

<input type="checkbox"/>	Bilan et séance de psychomotricité	<input type="checkbox"/>	Bilan orthoptique
<input type="checkbox"/>	Bilan et séance d'ergothérapie	<input type="checkbox"/>	Bilan neuropsychologique
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie infantile	<input type="checkbox"/>	Dépenses spécifiques (alimentation, matériel médical, ...)

Etes-vous en situation de handicap : Oui Non Si oui quel taux : |____| %

3. DOCUMENTS A FOURNIR

- Avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Certificat médical justifiant la nécessité des dépenses de santé
- Justificatifs des éventuelles subventions extérieures (MDPH, CAMIEG, ENERGIE MUTUELLE**, SOLIMUT, Complémentaire Santé du conjoint,...)
- Notification du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% de la CDAPH
- Factures acquittées de **l'Année 2024**
- Relevé d'Identité Bancaire

** **ENERGIE MUTUELLE** = Pack Prévention qui est de 148,76€ pour l'année 2024

Possibilité de faire une demande auprès du Service Solidarité et Prévention [ICI](#)

Le dossier est à retourner complété, daté et signé à l'adresse suivante :

- Par courrier : CMCAS LORRAINE SUD/HAUTE-MARNE
Pôle Action Sanitaire & Sociale
5, Rue de l'Abbé Gruet
52100 SAINT-DIZIER
- Par mail : lshh.cmcas@asmeg.org

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage à prévenir immédiatement la CMCAS de toute modification susceptible d'intervenir dans les éléments fournis à l'appui de ma demande et, le cas échéant, à lui rembourser toute somme indûment perçue au titre de l'aide d'accès à la santé.

Fait à Le/...../.....

Signature :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.
Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité