

Avec la Complémentaire santé solidaire :

- vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, le dentiste, le pharmacien, à l'hôpital, etc...;
- vous bénéficiez de tarifs sans dépassement chez les médecins ;
- la plupart des lunettes, prothèses dentaires et auditives sont intégralement prises en charge.

En fonction de vos ressources, une participation financière peut être due. Le montant de cette participation varie selon l'âge de chaque personne du foyer au 1er janvier de l'année d'attribution.

Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire ?

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, vous et les membres majeurs de votre foyer devez :

- bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé par l'assurance maladie ou maternité en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France.
- avoir des ressources qui ne dépassent pas le plafond fixé annuellement.

Comment remplir votre demande ?

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

Le droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer. Vous devez donc renseigner les informations concernant chaque membre du foyer qui se compose de :

- vous-même,
- votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, âgés de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue :
 - qui vous sont fiscalement rattachés,
 - ou qui ont fait leur propre déclaration de revenus mais qui vivent sous votre toit,
 - ou qui reçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire).
- des autres personnes de moins de 25 ans, y compris des enfants, à votre charge réelle et continue, qui vous sont rattachés fiscalement (ou à votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS).

Si la personne à charge vit en couple (marié(e), concubin(e) ou partenaire PACS) ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle. C'est le cas, par exemple, si l'un de vos enfants âgé de 22 ans habite chez vous et a un enfant.

Vos parents qui vivent sous votre toit doivent également faire une demande individuelle.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Dans cette rubrique, vous devez indiquer si vous ou un membre de votre foyer bénéficiez du revenu de solidarité active (RSA) ou en a fait la demande (et avez une demande de Complémentaire santé solidaire en cours à ce titre), de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire vieillesse

Dans l'éventualité où votre foyer ne pourrait pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, la demande d'un jeune âgé de 18 à 25 ans de votre foyer pourra être étudiée individuellement s'il bénéficie ou a demandé à bénéficier du RSA.

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Vous devez nous faire connaître toutes les ressources, perçues en France ou à l'étranger et dont chaque membre de votre foyer a disposé au cours des douze derniers mois précédant votre demande.

Vous n'avez pas à nous déclarer les ressources suivantes, elles ne sont pas prises en compte lors de l'étude de votre demande :

- le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité,
- certaines prestations familiales : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et le complément de libre choix du mode de garde,
- certaines prestations liées à la dépendance : la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne, les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation du handicap, l'allocation compensatrice pour tierce personne et l'allocation personnalisée d'autonomie,
- certaines prestations liées à la maladie ou à la maternité : les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salarié(e)s,
- autres prestations : les bourses d'études de l'enseignement soumises à conditions de ressources, les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les indemnités et allocations versées
- les revenus du capital qui ne sont pas imposables : livret A, livret jeune, livret développement durable par exemple.

NOTICE (suite)

Toutes les autres ressources sont prises en compte. Pour certaines d'entre elles vous n'avez pas à en indiquer le montant dont nous disposons par ailleurs (exemples : allocations familiales, allocations chômage...). Votre caisse peut vérifier vos ressources auprès des banques, services fiscaux...

Vous trouverez, ci-dessous des précisions pour vous aider à compléter la rubrique "Ressources" de votre demande de Complémentaire santé solidaire. Reportez-vous pour cela au numéro de la rubrique "Ressources" correspondante sur le formulaire.

Important : vous n'avez pas à remplir la rubrique "Ressources" si vous et votre conjoint bénéficiez du RSA ou si vous avez déposé une demande de RSA et disposez d'une attestation de la Caf ou de la MSA. Pensez à joindre l'attestation qui vous a été remise par votre Caf ou la MSA.

- 1 Déclarez le total des montants nets imposables figurant sur chaque bulletin de salaire des 12 derniers mois ou sur chaque justificatif de versement (exemple : sommes perçues au titre de la pré-retraite). Doivent aussi être déclarées les indemnités de congés payés si elles ne sont pas versées par l'employeur, les rémunérations de stage de formation (autre que celles versées par Pôle Emploi) et des contrats de solidarité. Un abattement sera pratiqué sur le montant de vos revenus nets imposables pour en déduire le montant de la CSG et de la CRDS soumises à l'impôt sur le revenu.
- 2 Indiquez le revenu professionnel tel que déclaré pour le calcul des cotisations sociales pour la dernière année civile ou le dernier bénéfice agricole forfaitaire connu. Si aucune déclaration n'a été faite, indiquez les revenus professionnels de l'année dernière et joignez un justificatif.
- 3 Indiquez le montant du chiffre d'affaires de la dernière année civile. Un abattement sera appliqué sur ce montant en fonction du type d'activité.
- 4 Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer percevez des allocations de Pôle Emploi ou une rémunération de stage de formation professionnelle versée par Pôle Emploi.
- 5 Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer percevez ou avez perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.
- 6 Déclarez vos pensions de retraite (de base et/ou complémentaire) et rentes, qu'elles soient imposables ou non, ainsi que l'allocation veuvage, la pension de réversion, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV).
- 7 Indiquez si vous percevez des prestations familiales et/ou des aides au logement versées par la CAF ou la MSA.
- 8 Indiquez la/les pension(s) alimentaire(s) perçue(s), que leur versement fasse suite ou non à une décision de justice. Les pensions et obligations alimentaires que vous versez seront déduites de vos ressources selon votre dernier avis d'imposition.
- 9 Indiquez si vous êtes propriétaire de votre logement ou si vous êtes logé(e) gratuitement : un montant forfaitaire sera ajouté aux ressources que vous nous déclarez.
- 10 Déclarez le montant des sommes placées qui n'ont pas produit de revenus au cours des douze derniers mois : par exemple assurance vie, actions n'ayant pas généré de revenus etc. Ce montant sera intégré à hauteur de 3% de sa valeur.
- 11 Autres ressources : déclarez ici vos autres ressources: par exemple les aides financières versées régulièrement par une institution, l'allocation de demande d'asile, les ressources perçues à l'étranger, les bourses d'étude de l'enseignement non soumises à conditions de ressources (ne déclarez pas les bourses qui vous ont été accordées à vous ou à un membre de

Important : toute rentrée d'argent, même si elle n'est pas imposable, est considérée comme une ressource et doit être déclarée (ex : gains aux jeux, dons familiaux etc...)

Vous-même

Vos nom et prénoms :

(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre n° de sécurité sociale (si vous en avez un) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un) : _ _ _ _ _ _ _ _

Votre date de naissance : _ _ _ _ _

Votre nationalité : française européenne* autre

Votre adresse :

Code Postal : _ _ _ _ _ **Commune :**

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :

Code Postal : _ _ _ _ _ **Commune :**

Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms :

Son n° de sécurité sociale (s'il

Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant

maladie l'informer de votre choix, si vos droits à la C

3 Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (2) (si différent du demandeur)
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____-____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____-____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____-____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____-____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____-____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____-____-____-____	

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante

(2) Disponible sur l'attestation papier qui accompagne votre carte Vitale

4 Vos coordonnées :

Nom et prénoms :
 (Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code Postal : _____ **Commune :**

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la Complémentaire santé solidaire peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

► Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts e

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature du demandeur

Cachet de l'organisme

DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

du ____/____/____ au ____/____/____

Cachet de la caisse d'assurance maladie
gérant la couverture maladie de base