

# COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE Demande d'aide financière

Dossier déposé le.....

Auprès :



**du Conseil Général de la Marne**

Service Solidarité, Grand Âge et Handicap  
2 bis, rue de Jessaint  
51038 CHALONS EN CHAMPAGNE  
☎ : 03.26.69.52.93 ou 03.26.69.56.56

N° du dossier : .....



**de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie**

Pôle GDB - CMU - ASS  
14, rue du Ruisselet  
51086 REIMS Cedex  
☎ : 03.26.84.30.53 ou 36.46

N° du dossier : .....

Aide demandée pour :

Nom : ..... Prénom : .....

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde

Si oui, précisez les noms et coordonnées du Tuteur : .....

.....  
(joindre copie du jugement de tutelle)

*"Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant."*

**NB : CE DOSSIER FERA L'OBJET D'UNE ETUDE CONJOINTE ENTRE LA C.P.A.M. ET LE CONSEIL GENERAL.**



**PROJET :**

**Définition de votre projet :** .....

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

**Coût du projet :** .....

*(joindre le devis ou la facture)*

**Aménagement du domicile :**

Si votre projet concerne un aménagement du domicile, avez-vous sollicité le COMAL-PACT 51 ?  oui  non

Autorisez-vous le Conseil Général de la Marne ou la Caisse Primaire d' Assurance Maladie à solliciter cet organisme ?  oui  non

**(Dans l'éventualité où vous refuseriez cette formalité, nous ne pourrions donner suite à votre projet d'aménagement)**

**Financement :**

Avez-vous sollicité d'autres organismes pour financer votre projet ?  oui  non

Si oui, lesquels ?

Organismes sollicités	Coordonnées	Décision de l'organisme

Montant total des aides obtenues: .....

*(joindre les justificatifs d'accord ou de refus des organismes sollicités)*

Comment pensez-vous financer le solde ? .....

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

*(joindre un relevé d'identité bancaire ou postal)*

**Coordonnées de votre médecin traitant :** .....

.....  
.....

**Pour être traité, ce dossier doit être complété et accompagné de toutes les pièces justificatives demandées.**

## **Ressources mensuelles de tous les membres du foyer :**

(tous les justificatifs sont à joindre obligatoirement à la demande, accompagnés du dernier avis d'imposition)

	DEMANDEUR	CONJOINT	ENFANTS	AUTRES
Salaire				
Allocation chômage.				
Indemnités journalières				
<u>Pensions :</u> ↳ rente d'accident du travail ↳ invalidité ↳ vieillesse				
Revenu minimum d'insertion (R.M.I.) Revenu de Solidarité Active (R.S.A.)				
Pension alimentaire				
Retraites complémentaires Allocation supplémentaire				
Allocations Familiales Allocation logement (A.L.-A.P.L.)				
Allocation de parent isolé (A.P.I.)				
<u>Revenus :</u> ↳ immobiliers ↳ des capitaux				
Revenus non salariaux (artisan, commerçant, profession libérale)				
Autres revenus :				
Charges : (joindre tous les justificatifs)				

"La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration"  
(articles L. 377.1 du Code de la Sécurité Sociale et 441.1 du Code Pénal)

Je soussigné(e)..... déclare sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements.

A ....., le ..... 20.....

Signature,

# COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE Demande d'aide financière

Autorisation de transmission de documents

Je soussigné(e).....

demeurant .....

.....  
autorise le Conseil Général de la Marne ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Marne à transmettre les éléments relatifs à ma demande d'aide financière à tout organisme susceptible d'intervenir dans le cadre de mon projet.

A ....., le.....20.....

Numéro de Sécurité Sociale :.....

/

SIGNATURE,

A retourner à :



**Conseil Général de la Marne**  
Service Solidarité, Grand Âge et Handicap  
2 bis, rue de Jessaint  
51038 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex  
☎ : 03.26.69.52.93 ou 03.26.69.56.56

ou

**Caisse Primaire d'Assurance  
Maladie**

Pôle GDB-CMU-ASS  
14, rue du Ruisset  
51086 REIMS Cedex

☎ : 03.26.84.30.53 ou 36.46



# COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

## Demande d'aide financière

### LISTE DES PIÈCES À PRODUIRE

- ✓ Dossier dûment complété
- ✓ Devis ou facture (acquittée depuis moins de 3 mois)
- ✓ Justificatifs d'accord ou de refus des organismes sollicités
- ✓ Relevé d'identité bancaire ou postal

### POUR TOUS LES MEMBRES DU FOYER

- ✓ Justificatifs de toutes les ressources des 3 derniers mois
- ✓ Justificatifs des charges
- ✓ Dernier avis d'imposition sur le revenu

Le cas échéant :

- ✓ Photocopie du jugement de tutelle, de curatelle, ou de mise sous sauvegarde

*A joindre à votre demande, et à retourner à :*



#### **Conseil Général de la Marne**

Service Solidarité, Grand Âge et Handicap  
2 bis, rue de Jessaint  
51038 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex

 : 03.26.69.52.93 ou 03.26.69.56.56

ou

#### **Caisse Primaire d'Assurance Maladie**

Pôle GDB-CMU-ASS  
14, rue du Ruisselet  
51086 REIMS Cedex

 : 03.26.84.30.53 ou 36.46

