



## QUESTIONNAIRE DE RESSOURCES

Agent : ..... Date : .....

### MOTIF DE LA DEMANDE *(Les justificatifs doivent être joints à la présente demande)*

- Optique     Dentaire     Orthodontie  
 Auditif     Forfait journalier     Frais médicaux  
 Transports     Ressources  
 Mutualisation :  sans ACS     avec ACS  
 Autres (bilan, hospitalisation, ticket modérateur...) : .....  
 Commission de surendettement :  Oui     Non

### PERSONNE CONCERNÉE

- ASSURÉ(E)     AYANT-DROIT :     Conjoint     Enfant     Autre : .....

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : .....

- Célibataire     Marié(e)     Pacsé(e)     Vie maritale     Séparé(e)     Divorcé(e)     Veuf(ve)

N° Immatriculation SS : .....

N° CAF : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Courriel : ..... @ .....

Profession : ..... Employeur : .....

### PERSONNES VIVANT AU FOYER / COMPOSITION DE LA FAMILLE

NOM - PRENOM	Lien de parenté	Numéro de Sécurité Sociale	Date de naissance	Profession / Activité

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

<b>ACCESSION A LA PROPRIETE</b>		<b>LOCATAIRE</b>	
Propriétaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Loyer brut : ..... €	
Prêts maison : ..... €		Allocation logement : ..... €	
Allocation logement : ..... €		Loyer à charge : ..... €	
Montant à charge : ..... €			
Résidence mobile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Sans résidence stable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hébergé à titre gratuit* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, à quel titre : .....			
Pension alimentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant donné : ..... € <input type="checkbox"/> Non			
Couverture Maladie Universelle Complémentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous une mutuelle ou une complémentaire santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si OUI, indiquez le montant de sa participation sur les frais engagés ou prévus : ..... €			
Aide accordée par un autre organisme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Lequel : .....		Montant : ..... €	

*Toutes les ressources, imposables ou non imposables, effectivement perçues par toutes les personnes vivant au foyer, doivent être portées à la connaissance de la commission des aides financières.*

PÉRIODE DE RÉFÉRENCE : du ..... au .....

Ressources des 3 derniers mois			VOUS	CONJOINT OU CONCUBIN	ENFANTS	AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER
<b>REVENUS</b>	<input type="checkbox"/> Salaire net	1 <sup>er</sup> mois de référence				
		2 <sup>ème</sup> mois de référence				
		3 <sup>ème</sup> mois de référence				
	<input type="checkbox"/> Allocations Pôle Emploi					
	<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières					
	<input type="checkbox"/> Complément de salaire versé par l'employeur ou la prévoyance					
	<input type="checkbox"/> Revenus mobiliers et immobiliers					
<b>PENSIONS ET RENTES</b>	<input type="checkbox"/> Rente Accident de Travail					
	<input type="checkbox"/> Pension d'Invalidité / ASI					
	<input type="checkbox"/> Pension Militaire					
	<input type="checkbox"/> Rente viagère					

CAF	<input type="checkbox"/> RSA / Prime d'activité / RSA activité				
	<input type="checkbox"/> Allocations familiales				
	<input type="checkbox"/> Complément familial				
	<input type="checkbox"/> Soutien familial				
	<input type="checkbox"/> PAJE (accueil jeune enfant)				
	<input type="checkbox"/> Autres prestations				
RETRAITE	<input type="checkbox"/> Retraite principale / ASPA				
	<input type="checkbox"/> Retraites autres régimes (RSI MSA...)				
	<input type="checkbox"/> Retraite(s) complémentaire(s)				
	<input type="checkbox"/> Pension de réversion				
HANDICAP <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/> AEEH ou AAH <input type="checkbox"/> Majoration Vie Autonome (MVA) <input type="checkbox"/> Complément de ressources <input type="checkbox"/> Allocation Tierce Personne : <b>si vous rémunérez un salarié avec cette allocation, joindre les justificatifs.</b>				
AUTRES	<input type="checkbox"/> Pension alimentaire reçue				
	<input type="checkbox"/> Bourses d'études				
	Autres : .....				
<b>TOTAL</b>					

(1) Avez-vous sollicité le Fonds de compensation (FDC) à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)  Oui  Non

J'autorise la CPAM à contacter la MDPH pour toute information nécessaire au traitement de ma demande  Oui  Non

Je, soussigné (e), certifie sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration.

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

Signature

*La loi rend passible d'amende et / ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377.1 du code de la Sécurité Sociale).*

*Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de la CPAM de la Charente-Maritime.*