

- demande d'aide financière individuelle  
 demande de prestation supplémentaire n°  
 demande suite à proposition de la commission de recours amiable

<p>émetteur                  agence :  <b>Cpam du Rhône</b>  <b>CPAM DU RHONE</b>  <b>69907 LYON CEDEX 20</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> <p>Un numéro tout simple pour nous joindre</p> <p><b>36 46</b></p> <p><small>Prix d'un appel local depuis un poste fixe</small></p> </div>	<p>Agence ou Section :</p>
<p>date de la demande :                  17/04/10</p>	<p>dossier complet à retourner avant le :                  17/05/10</p>
<p>date de réception par l'agence du dossier complet</p>	<p>..... / ..... / .....</p>

A remplir par l'assuré(e) :

n° de sécurité sociale

Nom : \_\_\_\_\_ prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

n° de tél. (facultatif) : \_\_\_\_\_

- |                |  |                        |
|----------------|--|------------------------|
| Bénéficiaire : | <input type="checkbox"/> assuré(e)           | né(e) le ... /... /... |
|                | <input type="checkbox"/> conjoint : prénom : | né(e) le ... /... /... |
|                | <input type="checkbox"/> enfant : prénom :   | né(e) le ... /... /... |
|                | <input type="checkbox"/> autres : prénom :   | né(e) le ... /... /... |

**ATTENTION :** Pour donner suite à votre demande, vous devez impérativement retourner ce dossier à votre agence de sécurité sociale ou votre section mutualiste dans un délai d'un mois.



• ressources des 3 mois précédant la demande

**Attention :** même si vous êtes hébergé gratuitement, vous devez déclarer toutes les ressources de toutes les personnes vivant au foyer, (revenus imposables et/ ou non imposables)

joindre tous les justificatifs (photocopies ou originaux) des 3 mois précédant la demande

nature de ressources : salaire, indemnités journalières, allocation chômage, allocation adulte handicapé, pension d'invalidité, rente accident du travail, pension de retraite, retraite complémentaire, revenus non salariaux (revenus locatifs, rente viagère...), bourses scolaires, allocations familiales (relevé détaillé à fournir), etc

	Nom Prénom	Âge	Nature des ressources	montants en euro		
				1 <sup>er</sup> mois	2 <sup>ème</sup> mois	3 <sup>ème</sup> mois
Assuré(e)	..... ..... .....	..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
conjoint(e) concubin(e)	..... ..... .....	..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Enfants (avec ou sans ressources)	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Autres personnes (avec ou sans ressources)	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....

"La loi rend passible d'amendes et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations"  
(Art L114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 1047 du Code Rural, 150 du Code Pénal)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements déclarés, que je ne possède pas d'autres revenus que ceux mentionnés ci-dessus.

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
signature de l'assuré(e) :

voir au verso pour pièces à joindre





