

DEMANDE D'ATTRIBUTION

Complément Santé Paris

Ce formulaire est à retourner, complété, daté et signé accompagné des pièces justificatives dans l'un des Centres d'action sociale Ville de Paris.

☐ *Je suis informé·e que toute déclaration frauduleuse, inexacte, incomplète de ma part dans la constitution de mon dossier est passible d'amende ou d'emprisonnement au titre du nouveau Code pénal.*

N° de Foyer : _____

Je soussigné·e :

Nom naissance
Nom d'usage
Prénom(s)

Né(e) le ____ / ____ / ____
Lieu de naissance Ville: Pays:

Nationalité ☐ Française ☐ Union Européenne
☐ Autres hors Union Européenne, précisez la date de fin de validité de votre titre de séjour : ____ / ____ / ____

Déclare sur l'honneur avoir établi mon domicile et résider de façon principale et effective à l'adresse suivante :

N° et nom de rue
Compléments d'adresse
(Bâtiment, entrée, escalier, N° de boîte aux lettres ou d'appartement,...)
Code postal

Téléphone Fixe ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Portable ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Adresse électronique@.....

N° de sécurité sociale (facultatif)*
(Numéro à 15 chiffres situé au recto de la carte vitale)

Atteste sur l'honneur :

Être marié·e, pacsé·e ou vivre maritalement avec :

Nom,
Nom d'usage
Prénom(s)

Né(e) le ____ / ____ / ____
Lieu de naissance Ville: Pays:

Être propriétaire du logement où je vis :

Oui ☐ Non ☐

Être propriétaire d'autre(s) bien(s) immobilier(s) :

Oui ☐ Non ☐

Pour dater et signer votre demande, tournez SVP.



Je suis informé·e que :

- La prestation sollicitée est **RÉCUPÉRABLE SUR SUCCESSION** dans les conditions suivantes:
 - pour les personnes âgées dès que l'actif net successoral est supérieur à **76 225 €**,
 - pour les personnes handicapées dès que l'actif net successoral est supérieur à **76 225 €**, sauf lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants, ou la personne qui a assumé la charge effective et constante de la personne handicapée.
- J'ai deux mois pour fournir les justificatifs nécessaires à l'étude de ma demande par le CASVP à compter de la date de la réception de celle-ci. À défaut, ma demande sera classée sans suite. Il m'appartiendra de déposer une nouvelle demande si je désire toujours obtenir la prestation.

Mes données personnelles : utilisation et protection

- Pour permettre l'instruction de ma demande, mes données seront utilisées et exploitées dans un fichier du système d'information du Centre d'action sociale et je l'accepte,
- (*) Dans le cadre de sa politique de renforcement de l'accès aux droits et de lutte contre le non-recours aux aides, le Centre d'action sociale propose de recueillir mon numéro de sécurité sociale pour étudier mon éligibilité à d'autres aides sociales délivrées par d'autres organismes sociaux et m'en informer. Cette donnée est facultative, je peux choisir de la fournir au Centre d'action sociale ou non. Ce choix n'a aucune incidence sur le traitement de ma demande
- Je peux accéder aux données me concernant, les rectifier ou, à certaines conditions, demander leur effacement. Pour exercer ces droits, je peux m'adresser, par l'intermédiaire de mon référent social ou directement, à Madame la Directrice des Solidarités, 94/96 rue de la Râpée 75012 Paris.

**Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur ce formulaire et des documents joints.
Je m'engage à signaler immédiatement au Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris tout changement intervenant dans ma situation.**

Paris, le __ / __ / ____

Votre signature ou celle de votre représentant :

☐ Personne concernée

☐ Représentant (précisez ces noms, prénom et adresse)

Signature de votre conjoint ou celle de votre représentant :

☐ Personne concernée

☐ Représentant (précisez ces noms, prénom et adresse)

Complément Santé Paris

Pour la constitution de votre dossier, merci de transmettre les documents ci-dessous.
Ces documents doivent mentionner le nom du demandeur, signataire du formulaire de demande.
Il pourra vous être demandé de fournir des justificatifs complémentaires.

Les documents de votre dossier sont conservés sous format électronique et sont destinés aux services des Maisons des Solidarités (MdS) du CASVP qui concourent à la délivrance des aides sociales.

Nous vous remercions de votre compréhension.

À fournir uniquement si le justificatif de droit au séjour est arrivé à expiration depuis la précédente demande:

- ☐ Justificatif(s) du droit au séjour en cours de validité.

Pour le versement de l'aide :

- ☐ Relevé d'identité bancaire (original) en cas de changement de compte bancaire.
- ☐ Autorisation de versement de l'aide à un tiers et un relevé d'identité bancaire à son nom (original).

Selon votre situation :

- ☐ Notification d'attribution et justificatif du versement de l'Allocation aux Adultes Handicapés.
- ☐ Notification d'attribution et justificatif de versement de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne.
- ☐ Notification d'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap volet 'aides humaines'.
- ☐ Notification d'attribution et justificatif de versement d'une pension d'invalidité (2ème ou 3ème catégorie).
- ☐ Notification d'attribution et justificatif de versement d'une pension de veuf(ve) invalide.
- ☐ Notification d'attribution et justificatif de versement d'une rente d'accident du travail incapacité supérieure ou égale à 80%.
- ☐ Titre de pension anticipée attribuée aux fonctionnaires civils ou militaires.
- ☐ Titre d'attribution et justificatif de versement d'une rente viagère d'invalidité versée par la Caisse des Dépôts et Consignations.
- ☐ Notification de refus d'attribution du minimum invalidité ou de l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI).

En cas de changement récent de votre situation, justificatifs actualisés de votre situation familiale ou administrative (livret de famille tenu à jour, jugement de divorce, jugement de tutelle ou de curatelle...)

- ☐ Dernière quittance de loyer pour l'aide Paris Logement.
- ☐ Relevé d'identité bancaire du bailleur (original).
- ☐ Justificatif récent de versement ou de non versement de l'allocation logement (AL) par la CAF ou l'employeur.
- ☐ Notification CPAM de refus de la Complémentaire Santé Solidaire.
- ☐ Justificatif d'adhésion à titre payant à la mutuelle santé de votre choix.

Vos ressources :

- ☐ Dernier avis d'imposition sur le revenu (dans son intégralité) pour chaque membre du couple en cas de vie maritale.
- ☐ Justificatifs récents de toutes vos ressources (imposables ou non imposables) et le cas échéant celles de votre conjoint, partenaire ou concubin en cas de mariage, PACS ou situation de vie maritale : pension(s), rente(s), salaire(s), indemnités journalières, indemnités de chômage, allocations(s), autres...