santé
famille
retraite
services

ESSS09361

ACTION SOCIALE SASPA

DEMANDE D'AIDE SANTE

Conditions d'attribution :

- Être bénéficiaire du SASPA
- Bénéficier de l'allocation supplémentaire (ex. Fonds national de solidarité)
- Ne pas avoir la qualité de veuve de guerre (aides accordées par l'Office Départemental des anciens combattants)
- Ne pas avoir de dettes envers le SASPA
- Disposer de capitaux mobiliers inférieurs à 5 000 € (total du solde de tous les comptes bancaires et placements divers)

Ce document doit être dûment complété et retourné ***avec tous les justificatifs*** à l'adresse suivante :

Site de numérisation SASPA
15 avenue Paul Doumer
54507 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex

DEMANDEUR	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I *(Numéro sur la carte vitale)* **Nom :** _____ **Prénoms :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** I__I__I__I__I__I **Ville :** _____ **Téléphone :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Situation familiale :** ❒ Célibataire ❒ En couple ❒ Veuf(ve)
CONJOINT	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I *(Numéro sur la carte vitale)* **Le conjoint est-il :** ❒ Retraité ❒ En activité ❒ Allocataire du SASPA

AIDE SOLLICITEE	Avez-vous une mutuelle *(hors Complémentaire Santé Solidaire)* ? ❒ Oui ❒ Non Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C) ou de l'ACS ? ❒ Oui ❒ Non Avez-vous sollicité une aide d'un autre organisme ? ❒ Oui ❒ Non
	Nature de l'aide : ❒ Frais d'adhésion à une complémentaire santé ❒ Optique ❒ Prothèses dentaires ou auditives ❒ Règlement du forfait hospitalier (hors frais de pharmacie) ❒ Téléassistance** Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ? ❒ Oui ❒ Non *versée par le Conseil départemental* **Je sollicite une aide d'un montant de : _____ €**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.
Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : _____ Le : ____/____/_____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance retraite. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Signature du demandeur :

JUSTIFICATIFS Toutes les pièces doivent être fournies obligatoirement	Devis ou factures
	Remboursements Sécurité Sociale et complémentaire santé
	Justificatif d'aides éventuelles des autres organismes sollicités
	Déclaration de ressources complétée et signée
	** Plan d'Aide Personnalisé (PAP) accordé par le Conseil départemental *si vous bénéficiez de l'APA*

santé
famille
retraite
services

ACTION SOCIALE SASPA

DECLARATION DE RESSOURCES

ESCO06707

DEMANDEUR	**Numéro de sécurité sociale** : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I *(Numéro sur la carte vitale)* Nom : _____ Prénoms : _____ Adresse : _____ Code Postal : I__I__I__I__I__I Ville : _____

❖ **Montants sur les comptes bancaires, capitaux mobiliers ou valeurs mobilières placés**
(imposables ou non)

	Solde du compte Indiquez le montant présent sur chaque compte au moment de la demande
Compte courant	
Livret A	
Livret B	
Compte épargne sur livret	
Livret d'Epargne Populaire (LEP)	
Livret de Développement Durable et Solidaire (LDDS)	
Obligations - Actions	
Plan Epargne en Action (PEA)	
Plan Epargne Logement (PEL)	
Compte Epargne Logement (CEL)	
Comptes à terme (CAT)	
Autres (assurance-vie, etc.)	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.
Je m'engage : - à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître immédiatement toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : _____ Le : ____/____/_____

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance retraite. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 à 441-9 du code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti ou non au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Signature du demandeur :