



**COORDONNEES DES ENFANTS NE VIVANT PAS AU FOYER :**

Nom & prénom	Adresse	N° de téléphone et/ou de portable

**RESSOURCES MENSUELLES (dernier avis fiscal connu)**

du demandeur, de son conjoint et de toute autre personne vivant au foyer

REGIME DE BASE	Organismes	Nombre de trimestres validés	Nature du droit DP-DD (a)	Montant MENSUEL perçu par :		
				Demandeur	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer
Sécurité sociale – Indépendants (ex-RSI)						
Carsat						
MSA						
Autres régimes						
Régime étranger						

Régimes complémentaires	Nature du droit DP-DD (a)	Montant MENSUEL perçu par :		
Organismes		Demandeur	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer

AUTRES RESSOURCES (indiquez le numéro correspondant au type)	N°			
1.salaires ou BIC- 2.allocations de chômage- 3.indemnités journalières- 4.pensions d'invalidité- 5.rentes accident du travail- 6.pensions veuves de guerre- 7. pensions militaires (invalidité- blessures) hors retraite du combattant- 8.rentes viagères- 9.Revenus locatifs- 10.revenus mobiliers- 11.Allocation Adulte Handicapé-				

**Total**

--	--	--

(a) DP : droit personnel DD : droit dérivé

## LOGEMENT

- Etes-vous :  propriétaire  copropriétaire  hébergé à titre gratuit  
 locataire  occupant usufruitier

## AIDE A L'AMELIORATION ET A L'AMENAGEMENT DU CADRE DE VIE

(cadre à compléter uniquement si vous demandez une aide pour l'amélioration de l'habitat)

S'agit-il de votre résidence principale ?  Oui  Non

Nature et coûts estimés des travaux :

<i>Entreprises</i>	<i>Montant du devis</i>
	€
	€
	€
	€
Frais de dossier SOLIHA	€
<b>Total</b>	€

(Joindre les devis à votre demande)

Aides financières obtenues d'autres organismes

<i>Financement</i>	<i>Montant</i>
Prime à l'amélioration de l'habitat	€
Aide du Conseil Départemental	€
Caisses de retraite	€
Organismes complémentaires	€
Autres	€
<b>Total</b>	€

(Joindre les justificatifs à votre demande)

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SANTE

(cadre à compléter uniquement si vous demandez une prise en charge des dépenses de santé)

### **Bénéficiaire de la demande si différent de l'assuré :**

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Lien de parenté avec l'assuré : .....

N° de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

### **Assurance maladie :**

Bénéficiez-vous d'une assurance complémentaire ?  Oui  Non

(Si oui, joindre le justificatif)

Bénéficiez-vous de la CMU-C ?  Oui  Non

**Nature de votre demande :** .....

.....

(Joindre les devis et décomptes des régimes complémentaires obligatoires, la notification des rejets, tous justificatifs correspondant à votre demande)

**MOTIVATION DE LA DEMANDE (à remplir impérativement quelle que soit votre demande)**  
en expliquant précisément tous évènements justifiant votre requête

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**N’OUBLIEZ PAS DE JOINDRE A VOTRE DEMANDE D’AIDE LA COPIE DE VOTRE  
DERNIER AVIS FISCAL.**

J’atteste sur l’honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et reconnais avoir été informé(e) qu’il n’existe pas de voie de recours contre la décision qui sera prise.

A.....le.....

*Signature du demandeur :*  
*ou de son représentant (indiquer la qualité)*

**Personne à contacter prioritairement en cas de besoin :**

**Nom :**.....**Prénom :**.....

**Adresse personnelle :**.....

**☎ :** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|    **Portable :** |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|    **Email :**.....

**IMPORTANT**

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d’accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.  
La loi rend passible d’amende et/ou d’emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations, en vue d’obtenir ou de tenter d’obtenir des avantages indus (arts. 313-1, 313-2, 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du Code pénal).  
En outre, l’inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l’absence de déclaration d’un changement de situation ayant abouti au versement ou non de prestations indues, peut faire l’objet d’une pénalité financière en application de l’article L114-17 du code de la sécurité sociale.