



# DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE



## Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Numéro de pension Enim :

Date de naissance :   /   /

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Situation de famille

Célibataire

Divorcé(e)/Séparé(e), depuis le   /   /

Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e), depuis le   /   /

Veuf(ve), depuis le   /   /

## Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :   /   /     Profession : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale :

## Autres personnes vivant au foyer

Nom et Prénom	Profession ou situation	Date de naissance	Lien de parenté
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



# DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE



Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

## Mode de logement

Propriétaire   
  Locataire   
  Foyer logement   
  Autre : \_\_\_\_\_

## Charge à déduire

Pension alimentaire versée (à justifier) : \_\_\_\_\_

## Ressources mensuelles

*Indiquer l'ensemble des ressources mensuelles perçues par le foyer*

	Demandeur	Conjoint(e) / Partenaire	Enfant ou autre personne résidant au foyer
Pension Enim	_____	_____	_____
Pension autres régimes (1)	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Salaire, Indemnités Journalières, Indemnités France travail, RSA (2)	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Autres revenus (Prime d'activité, Complément employeur ou prévoyance, Prestations familiales...)	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Revenus fonciers et/ou mobiliers	_____	_____	_____
<b>TOTAL</b>	_____	_____	_____

(1) Merci de préciser l'origine des autres pensions : CARSAT, ARRCO, AGIRC, MSA, etc.

(2) Merci de préciser la nature du revenu



# DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE



Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

## Renseignements complémentaires pour l'aide supplémentaire aux prestations légales de prévoyance

### Origine de la dépense :

Dentaire

Appareil auditif

Optiques

Prestations ou frais hospitaliers non remboursables (hors forfaits journaliers)

Fournitures médicales non remboursables

Transports non remboursables

Autres : \_\_\_\_\_

Montant des frais engagés : \_\_\_\_\_

### Mutuelle santé :

Êtes-vous adhérent à une mutuelle santé ?  Oui  Non

Nom de la mutuelle santé : \_\_\_\_\_

Montant du remboursement de la mutuelle santé (joindre le(s) justificatif(s)) : \_\_\_\_\_

Êtes-vous adhérent à la Complémentaire Santé Solidaires (ex CMU-C ou ACS) ?  Oui  Non

Si Oui, précisez depuis quelle date :  /  /

## En cas de versement à un tiers, rubrique à compléter par le demandeur

Je soussigné : \_\_\_\_\_,

autorise (précisez le nom et qualités) : \_\_\_\_\_

à percevoir pour mon compte le versement direct du montant de la participation qui m'est allouée par l'Enim.

## ENGAGEMENT

Je soussigné(e) (nom et prénom(s) du signataire)

\_\_\_\_\_

### m'engage à :

- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile
- régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort
- faciliter toute enquête.

Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.

Fait à \_\_\_\_\_ le  /  /

Signature obligatoire :

# DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE



## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- Le formulaire de demande dûment complété et signé
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Si la dépense est déjà engagée : la facture acquittée et l'avis des sommes à payer pour des soins réalisés dans des établissements publics
- Si la dépense n'est pas engagée : un devis détaillé
- Le(s) justificatif(s) de remboursement de la mutuelle complémentaire ou l'attestation précisant la non prise en charge
- La prescription médicale (uniquement pour les actes non pris en charge par la caisse de sécurité sociale)
- En cas de règlement à un tiers : le RIB du tiers comportant les codes BIC et IBAN
- Si votre conjoint est placé en hébergement définitif, les justificatifs des frais d'hébergements en établissement d'hébergement définitif datant de moins de 3 mois

*L'Enim se réserve le droit de demander toute pièce justificative estimée nécessaire à l'étude du dossier.*

## LE DOSSIER COMPLET EST À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Enim - Département des politiques sociales maritimes de l'action sanitaire et sociale et des préventions (DPAP)  
27 quai de Solidor  
CS 31854  
35418 Saint-Malo Cedex  
[action.sociale@enim.eu](mailto:action.sociale@enim.eu)