

DEMANDE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE



Cocher la case correspondante à l'aide concernée :

- Secours pour frais d'obsèques (pour les personnes pensionnées et affiliées à l'Enim)
- Aide supplémentaire aux prestations légales de prévoyance
- Aide à la lutte contre la précarité énergétique (pour les personnes de 65 ans et plus)

Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de pension Enim :

Date de naissance : / /

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Téléphone (facultatif) :

Email (facultatif) : _____ @ _____

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'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE



Mode de logement

Propriétaire
 Locataire
 Foyer logement
 Autre : _____

Charge à déduire

Pension alimentaire versée (à justifier) : _____

Ressources mensuelles

Sont pris en considération tous les revenus perçus par le foyer (montants avant abattements imposables et non imposables)

	Vous	Droit : P = personnel R = réversion	Votre conjoint(e) / partenaire	Enfant ou autre personne résident au foyer
Salaire	_____	_____	_____	_____
Indemnités journalières	_____	_____	_____	_____
Complément employeur ou prévoyance	_____	_____	_____	_____
Pension Enim	_____	_____	_____	_____
Retraites autres régimes à détailler (1)	_____	_____	_____	_____
Retraites complémentaires à détailler (1)	_____	_____	_____	_____
Allocation Pôle emploi / RSA / prime d'activité	_____	_____	_____	_____
Allocation adulte / enfant handicapé	_____	_____	_____	_____
Revenus fonciers nets	_____	_____	_____	_____
Revenus mobiliers déclarés	_____	_____	_____	_____
Pension alimentaire reçue	_____	_____	_____	_____
Autres revenus	_____	_____	_____	_____
TOTAL	_____	_____	_____	_____

(1) Veuillez préciser l'origine de vos ressources : CARSAT, MSA, ARRCO, IRCANTEC...

DEMANDE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE



Renseignements complémentaires pour le secours pour frais d'obsèques

Pensionné décédé :

Nom et Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale :

Date de naissance : / / Date de décès : / /

Numéro de pension Enim :

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Montant des frais engagés : _____

Avez-vous bénéficié d'une aide similaire pour cette demande ? Oui Non

Si Oui, précisez de quel organisme : _____

Montant perçu : _____

La rubrique ci-dessous à compléter uniquement si le demandeur, membre de la famille, n'est pas le conjoint du défunt :

Je soussigné _____, domicilié _____,

héritier ou ayant-droit de M. _____, déclare me porter fort pour les cohéritiers.

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

Origine de la dépense :

- Dentaire
 Prestations ou frais hospitaliers non remboursables (hors forfaits journaliers)
 Fournitures médicales non remboursables
- Appareil auditif
 Transports non remboursables
- Optiques

Couverture complémentaire :

Êtes-vous adhérent à une mutuelle complémentaire ? Oui Non

Nom et adresses de la mutuelle complémentaire : _____

Montant de la participation de la mutuelle complémentaire : _____

Êtes-vous adhérent à la CMU complémentaire ou à l'ACS ? Oui Non

Si Oui, précisez depuis quelle date : / /

Avez-vous déposé une demande de CMU complémentaire ou à l'ACS ? Oui Non

Si Oui, précisez la date de dépôt : / /

Montant des frais engagés : _____

Avez-vous bénéficié d'une aide similaire pour cette demande ? Oui Non

Si Oui, précisez de quel organisme : _____

Montant perçu : _____

DEMANDE D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE



Renseignements complémentaires pour l'aide à la lutte contre la précarité énergétique

Avez-vous bénéficié d'une aide similaire pour cette demande ? Oui Non

Si Oui, précisez de quel organisme : _____

Montant perçu : _____

***Date de dépôt de la demande d'aide à la précarité énergétique uniquement
entre le 1^{er} janvier et le 30 juin de l'année en cours***

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

Je soussigné(e) : _____

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. l'exactitude des renseignements ci-dessus ;

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

Fait à _____ le / /

Signature obligatoire :

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT

Pièces à joindre quelle que soit l'aide :

- L'imprimé de demande dûment complété et signé
- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition

Pièces à joindre au secours pour frais d'obsèques :

- L'extrait d'acte de décès
- La facture acquittée des frais d'obsèques
- Si le demandeur, membre de la famille, n'est pas le conjoint, la déclaration de porte-fort
- Le RIB du demandeur comportant les codes BIC et IBAN
- En cas de règlement aux pompes funèbres, le RIB du prestataire comportant les codes BIC et IBAN

Pièces à joindre à l'aide supplémentaire aux prestations légales de prévoyance :

- Si la dépense est déjà engagée, la facture acquittée (original en cas de non remboursement par la caisse de sécurité sociale)
- Si la dépense n'est pas engagée, un devis détaillé
- Le décompte de remboursement de la mutuelle complémentaire ou l'attestation précisant la non prise en charge
- L'avis des sommes à payer pour les soins réalisés dans des établissements publics
- La prescription médicale originale (uniquement pour les actes non pris en charge par la caisse de sécurité sociale)
- La lettre de refus de prise en charge de la caisse de sécurité sociale (uniquement pour les actes non pris en charge par la caisse de sécurité sociale)
- En cas de règlement à un tiers, le RIB du prestataire comportant les codes BIC et IBAN

Pièces à joindre à l'aide à la lutte contre la précarité énergétique :

- Le certificat médical d'inaptitude totale et définitive au travail pour les pensionnés entre 60 et 64 ans
- Les justificatifs des frais d'hébergement en maison de retraite pour les couples si l'un d'eux s'y trouve placé

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)
33, boulevard Cosmao-Dumanoir
CS 87770 - 56 327 Lorient Cedex