l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Caisse Nationale

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DEMANDE D'AIDE SPÉCIFIQUE

POUR LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Cadre réservé à la CPAM / Service social **N° de dossier PEL :** ……

☐ Aide financière exceptionnelle aux invalides

☐ Aide au répit du travailleur indépendant actif

☐ Aide pour l'accompagnement au maintien dans l'activité

☐ Aides servies par une autre branche, **complétez la fiche de signalement**

Transfert : ☐ à la Caisse référente ☐ au service Médical ☐ au service social

Date du transfert : ……

☐ Aide non TI

Dossier transmis par un service social : ☐ oui ☐ non

Coordonnées du travailleur social :……@……

Tél : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

MOTIVATION DE LA DEMANDE *(à remplir par l'assuré impérativement quelle que soit la demande en expliquant précisément tous les évènements justifiant votre requête)* **:**

……

……

……

……

……

……

……

……

ASSURE :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de famille *(de naissance)* **:** ……

Nom d'usage : ……
*(*facultatif et s'il y a lieu)*

Prénoms *(dans l'ordre de l'état civil)* **:** .....
……..……..

Votre date de naissance : .....

Numéro de Sécurité sociale :
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _

Numéro de pension : *(*facultatif et s'il y a lieu)*
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Numéro de SIRET :
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adresse personnelle :
.....
.....
Code postal : _ _ _ _ _ Commune : ……. Pays : …….

N° de tél : *(domicile)* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Autre *(travail ou portable)* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Courriel : ……@……

Adresse professionnelle :
.....
.....
Code postal : _ _ _ _ _ Commune : ……. Pays : …….

Composition du foyer *(enfants et autres personnes vivant de façon habituelle au foyer)* **:**

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ou pacs ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf (veuve)

Nom & Prénom	**Date de naissance**	**Lien de parenté**	**Situation actuelle** *(scolarité, apprentissage, activité professionnelle…)*

Situation professionnelle du travailleur indépendant :

☐ Travailleur indépendant ou micro-entrepreneur depuis le _ _ _ _ _ _ _ _

Préciser la nature de votre activité indépendante, le statut professionnel et le statut de votre entreprise :

- ☐ Artisan/ Commerçant / Travailleur indépendant classique (105)
- ☐ Artisan / Commerçant / Micro-entrepreneur (105 + ME)
- ☐ Profession libérale / Travailleur indépendant classique (106)
- ☐ Profession libérale/ Micro-entrepreneur (106 + ME)
- ☐ Conjoint collaborateur Artisan commerçant (TI classique ou ME) (107)
- ☐ Conjoint collaborateur Profession libérale (TI classique ou ME) (103)
- ☐ Retraité artisan / Commerçant ex-invalide (360)
- ☐ Affiliation travailleur indépendant pour les PE (390)
- ☐ Retraité artisan/ Commerçant (660)

Le cas échéant, veuillez nous préciser la situation professionnelle de votre conjoint *(*facultatif et s'il y a lieu)* :
……..

RESSOURCES NETTES DU MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

Joindre les justificatifs de ressources du mois précédant la demande de tous les membres du foyer

	Ressources de l'assuré(e) TI	**Ressources du Conjoint**	**Ressources des autres personnes du foyer**	
			Enfant ou autre personne	Enfant ou autre personne
ABSENCE DE RESSOURCES Cochez la case	☐	☐	☐	☐
REVENUS LIES A UNE ACTIVITE				
Salaires nets avant impôts ou revenus d'apprentissage et de formation				
Revenus d'activité non salariée (BIC - BNC - BA - MICRO BIC, MICRO BNC, MICRO BA)				
COMPLEMENTS DE REVENUS				
Prime d'activité				
Revenus de solidarité active (RSA)				
Allocations aux adultes handicapés (AAH)				
Allocations de chômage versées par Pôle emploi				
Indemnités journalières (IJ) de la Sécurité sociale et Compléments d'IJ				
PENSIONS ET RENTES				
Pension d'invalidité				
Majoration tierce personne				
Pension Retraite/pension de réversion				
Retraites complémentaires				
Pensions civiles et militaires				
Rente accident du travail				
PRESTATIONS FAMILIALES				
Liées aux enfants (Paje, AF, CF, Asf, Ajpp, Aeeh)				
Liées au logement (Apl, Alf, Als)				
AUTRES REVENUS				
Pension alimentaire perçue				
Revenus fonciers (revenus de biens immobiliers)				
Capitaux placés				
Bourses d'étude				
Autres Précisez :				
TOTAL				
La commission de surendettement est-elle saisie? Oui Non Date de saisine				

CHARGES NETTES DU MOIS PRÉCÉDANT LA DEMANDE

Joindre les justificatifs de charges du mois précédant la demande de tous les membres du foyer

	Ressources de l'assuré(e) TI	**Ressources du Conjoint**	**Ressources des autres personnes du foyer**	
			Enfant ou autre personne	Enfant ou autre personne
CHARGES LIEES AU LOGEMENT				
Loyer				
Crédit immobilier				
Assurance				
Taxe d'habitation				
Taxe foncière				
Electricité				
Eau				
Chauffage				
Téléphone				
Internet				
CHARGES LIEES AU TRANSPORT				
Abonnement transport				
Crédit voiture				
Assurance voiture				
CHARGES LIEES A LA FAMILLE				
Frais de garde/cantine				
Pension alimentaire versée				
Location logement étudiant				
CHARGES LIEES A LA SANTE				
Cotisation mutuelle				
Téléassistance				
Accueil de jour				
Séjour en hébergement temporaire				
Séjour de vacances accompagnées				
Estimation de la perte financière professionnelle en raison du temps passé pour les démarches de soins se son proche malade ou dépendant				
CHARGES LIEES A L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE				
Loyers professionnels				
Emprunts liés à votre activité professionnelle				
Charges fiscales professionnelles				
Urssaf (part salariale)				
Survenance d'un événement extérieur ponctuel : incendie, accident, travaux de voirie à proximité de l'activité, etc.				
Difficultés économiques ponctuelles de l'entreprise : perte de marché, défaillance d'un partenaire, défaut de paiement d'un client important, retards paiement, débit, etc.				
Prise en charge des formalités de radiation.				
Autres, précisez :				
TOTAL				

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. Le dossier ne pourra être étudié que s'il est intégralement complété par les données obligatoires. Les données facultatives sont indiquées par un astérisque à côté du champ.

A,

Signature de l'assuré ou de son représentant (indiquer la qualité)

Le,

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités (article L .114-13 du Code de la Sécurité Sociale et article L. 441-1 du Code Pénal). L'authenticité de vos déclarations peut être contrôlée à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes (articles L.114-12, L.114-14 et L. 114-19 et suivants du code de la Sécurité Sociale). Les informations recueillies sont traitées par l'Assurance Maladie pour permettre l'instruction des demandes d'aides spécifiques pour les travailleurs indépendants dans le cadre des missions prévues par l'article L.262-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Elles sont conservées pendant 3 ans et sont adressées le cas échéant aux organismes des branches vieillesse et recouvrement de la sécurité sociale pour les besoins d'exécution de leurs missions. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès ou de rectification de vos données en adressant une demande écrite au directeur de votre organisme de rattachement ou au DPO. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (Cnil).

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

Dans tous les cas, pour toutes les demandes d'aides spécifiques du travailleur indépendant	• formulaire de demande ASS complété • la photocopie de votre carte d'identité • un relevé d'identité bancaire *(avec code BIC - IBAN)* • les bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou non commerciaux (BNC) déclarés aux services fiscaux pour la dernière année fiscale connue. *(avis d'imposition ou de non-imposition)* • en l'absence de déclaration de BIC/BNC, le chiffre d'affaire du trimestre • les justificatifs des aides financières obtenues auprès d'autres organismes • justificatif de ressources du foyer du mois précédant la demande • en cas de dossier de surendettement, joindre la décision de la commission *(le plan conventionnel de redressement, le justificatif de redressement personnel, les mesures imposées …)*
Aide financière exceptionnelle aux invalides	• justificatif d'invalidité au titre de la Sécurité sociale pour le travailleur indépendant au moment de la demande • justificatif de versements de cotisation depuis votre installation • devis et/ou factures acquittées attestant la réalité de la charge
Aide au répit du travailleur indépendant actif	• attestation de l'Urssaf justifiant que le travailleur indépendant est à jour de ses cotisations • attestation sur l'honneur précisant le lien de parenté du travailleur indépendant et de la personne accompagnée en perte d'autonomie. • certificat médical attestant de l'obligation d'absence du travailleur indépendant de son activité pour rendez-vous médical de son proche aidé • justificatifs ou attestation sur l'honneur précisant le manque à gagner
Aide au maintien dans l'activité (AMA)	• devis et/ou factures acquittées pour aménagement du poste/formation • justificatif d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou d'une pension d'invalidité pour toute demande en cofinancement avec des partenaires (AGEFIPH ou SAMETH), • conclusions du SAMETH, de l'étude ergonomique, orientation MDPH le cas échéant… • fournir le détail des financements obtenus par les autres organismes • RIB du tiers si paiement à un tiers
Consultation médico-professionnelle dans le cadre des plateformes PDP	• Arrêt de travail • Evaluation du service social de la situation du TI