



Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane

CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUYANE

AIDES INDIVIDUELLES ET PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Les articles 71 et 72-2 du Règlement Intérieur de la Caisse autorisent, sous certaines conditions, l'octroi de « Prestations Supplémentaires » et d'« Aides Individuelles ». Les décisions prises ne sont pas susceptibles d'appel. Vous ne pouvez pas contester l'aide accordée.

Peuvent en bénéficier, les assurés les plus défavorisés devant faire face à des dépenses hors de proportion avec leurs ressources ou se trouvant dans une situation financière difficile par suite de frais occasionnés par un **problème de santé** (*maladie, accident du travail, hospitalisation, employabilité...*).

Cette aide présente un **caractère exceptionnel** et relève d'une situation financière **temporaire** et n'a pas vocation à être renouvelée.

ASSURE : Nom et Prénom

N° d'immatriculation : Clé N° d'Allocataire (CAF) :

N° téléphone :

Adresse :

Profession ou activité : TI Agriculteurs Salarié (*précisez public ou privé*)

Situation de famille : Célibataire Marié Veuf Divorcé Séparé Pacsé Vivant maritalement

Qualité du bénéficiaire : Assuré Conjoint Enfant Autres (*précisez*) :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

COMPOSITION ET RESSOURCES DU FOYER (*ensemble des personnes vivant sous le même toit*)

N° de Sécurité Sociale*	Nom- Prénom	Date de naissance	Nature des ressources**	Montant mensuel

Obligatoire** ***(salaires, prestations familiales, retraites, pension, retraites complémentaires, rentes...)

LOGEMENT OCCUPE : propriétaire Locataire hébergé (à titre gracieux ou onéreux)

OBJET DE LA DEMANDE – NATURE DE LA PRESTATION SOLLICITEE : (*si la demande se rapporte à des prestations ayant fait l'objet d'un remboursement partiel au titre des prestations légales, pensez à joindre le décompte correspondant*)

Dentaire Orthodontie n° semestre Optique Auditif

Autre motif (*à préciser*) :

AIDE A VERSER A : Assuré Tiers (*professionnels, fournisseurs, etc...*) - RIB à fournir

Votre demande concerne un appareillage lié à votre handicap :

Si votre handicap a été reconnu avant l'âge de votre retraite, nous vous invitons à vous adresser directement à :

La Maison Départementale des Personnes Handicapées :

Novaparc 7 –Angle avenue Mère Térésa, Avenue Vendôme et rue des Galaxies - BP : 35028 - 97305 CAYENNE CEDEX

ORGANISME COMPLEMENTAIRE :

Etes-vous inscrit à un organisme complémentaire (*assurance ou mutuelle*) ? oui non

Avez-vous bénéficié d'une aide financière de votre organisme complémentaire ?

oui (*joindre la notification d'accord avec le montant de l'aide*) non

Montant du remboursement de la mutuelle pour la prestation demandée :

SITUATION DE SURENDETTEMENT :

Avez-vous déposé un dossier de surendettement ? oui (*joindre la copie de la décision*) non

Toutes les rubriques de cet imprimé doivent être entièrement complétées. Merci de joindre les pièces justificatives demandées au verso.
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre Caisse.

LISTES DES PIÈCES À FOURNIR EN FONCTION DE VOTRE SITUATION

RESSOURCES <i>(à prendre en compte pour chaque personne vivant au foyer, en fonction de leur situation financière et /ou professionnelle)</i>	CHARGES <i>(mensuelles à prendre en compte en fonction de la situation du foyer)</i>
<p>Revenus liés à l'activité :</p> <ul style="list-style-type: none">• Fiches de paie• Allocation chômage (<i>moyenne des trois derniers mois</i>)• Indemnités journalières et compléments d'indemnités journalières• Revenus d'activité non-salariée• Prime d'activité <p>Pensions et rentes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pensions d'invalidité• Majoration tierce personne• Pension retraite (<i>dont ASPA</i>) / Pension de réversion• Retraite complémentaire• Pensions civiles et militaires• Rentes accident du travail ou survivant• Allocation veuvage <p>Prestations diverses :</p> <ul style="list-style-type: none">• RSA• Allocations familiales• Allocation parent isolé• Prestations spécifiques personnes âgées ou handicapées (<i>AEEH, APA, AAH, ASI...</i>)• APL / AL• PAJE• Autres prestations compensatoires <p>Revenus divers :</p> <ul style="list-style-type: none">• Revenus mobiliers ou immobiliers• Pension alimentaire• Bourse d'étude	<p>Logement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Loyers / remboursement de prêt• Taxe foncière• Assurance habitation• Electricité, eau, téléphone <p>Transport :</p> <ul style="list-style-type: none">• Prêt voiture• Assurance voiture <p>Famille :</p> <ul style="list-style-type: none">• Impôt sur le revenu• Pension alimentaire versée• Frais de garde• Montant mensuel de l'apurement des dettes suite à la décision de la commission de surendettement <p>Autres charges :</p> <p>Peuvent également être prises en compte selon la situation de l'assuré et selon les pièces produites d'autres charges comme les autres prêts, les dettes, la complémentaire santé, les frais de dépendance, les frais de scolarité, d'études et de cantine scolaire....</p>

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues. Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus (Article L 114-13 du code de la sécurité sociale et 441-1 du code pénal).

Le présent document est une attestation sur l'honneur qui engage son auteur et doit être daté et signé.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature