

demande d'aide médicale de l'Etat

(art. 187-1 à 190 du code de la famille et de l'aide sociale)

à transmettre, **dans un délai de 8 jours**, à la caisse d'assurance maladie par l'organisme auprès duquel la demande est déposée

volet
destiné
à la caisse
d'assurance maladie

le demandeur

nom (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)

prénoms

date de naissance

lieu de naissance

nationalité

Espace Economique Européen

autre

adresse en France

code postal

commune

vous n'avez pas de domicile fixe

-en ce cas, précisez l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile (Centre Communal d'Action Sociale, association, autre organisme agréé ..)

les personnes à votre charge résidant en France (conjoint, concubin, partenaire dans le cadre d'un PACS, enfant...)(1)

nom

prénom

lien de parenté

date de
naissance

vos résidence en France (1)

vous avez un titre de séjour, mais vous ne résidez pas en France depuis plus de trois mois

nature de votre titre de séjour :

date de votre arrivée en France :

vous n'avez pas ou plus de titre de séjour et votre séjour en France n'est pas occasionnel

• vous résidez en France de façon stable et permanente

depuis le :

vous avez moins de 3 ans de présence ininterrompue en France

cochez la case

vous avez plus de 3 ans de présence ininterrompue en France

cochez la case

• vous avez été assuré(e) social(e) fournissez votre carte Vitale ou autre, ou à défaut, indiquez votre n° d'immatriculation

vos ressources (1)

nature des ressources

montant

moyenne mensuelle

les membres de votre famille habitant en France à une adresse différente de la vôtre (père, mère, enfants)

nom et prénom

adresse

lien de parenté

(1) joindre les pièces justificatives concernant votre identité et celle de votre famille résidant en France, votre résidence en France, vos ressources
si vous n'avez pu présenter les justificatifs, remplissez la déclaration sur l'honneur ci-dessous

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur que : → les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts

→ je réside en France de manière habituelle, ainsi que tous mes ayants droit mentionnés sur cette demande. Je fournis toute information permettant le contrôle de mes déclarations.

Fait, à _____, le _____ Signature du demandeur

ci-contre, cachet de l'organisme
ainsi que les nom et coordonnées de la personne
ayant aidé le demandeur à compléter le document

En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale de l'Etat peut être révisée, avec répétition de l'indu. Ainsi, vous devrez rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (art. 9 du décret n° 54-883 du 2 septembre 1954).

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.