

### Avec la Complémentaire santé solidaire :

- vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, le dentiste, le pharmacien, à l'hôpital, etc. ;
- vous bénéficiez de tarifs sans dépassement chez les médecins ;
- la plupart des lunettes, prothèses dentaires et auditives sont intégralement prises en charge.

En fonction de vos ressources, une participation financière peut être due. Le montant de cette participation varie selon l'âge de chaque personne du foyer au 1er janvier de l'année d'attribution.

### Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire ?

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, vous et les membres majeurs de votre foyer devez :

- bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé par l'assurance maladie ou maternité en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France.
- avoir des ressources qui ne dépassent pas le plafond fixé annuellement.

### Comment remplir votre demande ?

#### ▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

(p1)

Le droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer. Vous devez donc renseigner les informations concernant chaque membre du foyer qui se compose de :

- vous-même,
- votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint(e), concubine(e) ou partenaire PACS, âgés de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue :
  - qui vous sont fiscalement rattachés,
  - ou qui ont fait leur propre déclaration de revenus mais qui vivent sous votre toit,
  - ou qui reçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire).
- des autres personnes de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue, qui vous sont rattachées fiscalement (ou à votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS).

Si la personne de moins de 25 ans vit en couple (marié(e), concubin(e) ou partenaire PACS) et qu'elle n'est plus considérée comme à charge ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle.

C'est le cas, par exemple, si l'un de vos enfants âgé de 22 ans habite chez vous et a un enfant. Vos parents qui vivent sous votre toit doivent également faire une demande individuelle.

#### ▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

(p1)

Dans cette rubrique, vous devez indiquer si vous ou un membre de votre foyer bénéficiez du revenu de solidarité active (RSA) ou en a fait la demande (et avez une demande de Complémentaire santé solidaire en cours à ce titre), de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire

Dans l'éventualité où votre foyer ne pourrait pas bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, la demande d'un jeune âgé de 18 à 25 ans de votre foyer pourra être étudiée individuellement s'il bénéficie ou a demandé à bénéficier du RSA.

#### ▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

(p2)

**Vous devez nous faire connaître toutes les ressources, perçues par vous-même et les membres de votre foyer, en :**

- Par exemple, pour une demande faite en septembre 2021, les ressources à déclarer sont celles perçues sur la période de 12 mois allant du mois d'août 2020 au mois de juillet 2021.

**Vous n'avez pas à nous déclarer les ressources suivantes, elles ne sont pas prises en compte lors de l'étude de votre demande :**

- le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité,
- certaines prestations familiales : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et le complément de libre choix du mode de garde, l'allocation
- certaines prestations liées à la dépendance : la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne, les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation du handicap, l'allocation compensatrice pour tierce personne et l'allocation personnalisée d'autonomie,
- certaines prestations liées à la maladie ou à la maternité : les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salarié(e)s,
- autres prestations notamment : les bourses d'études de l'enseignement soumise à conditions de ressources, les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les indemnités et allocations versées aux volontaires en service
- les revenus du capital qui ne sont pas imposables : livret A, livret jeune, livret développement durable par exemple.



**Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.  
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.**

## ▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

### ▪ Vous-même

**Vos nom et prénoms :** \_\_\_\_\_  
*(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

**Votre n° de sécurité sociale** (si vous en avez un) : \_\_\_\_\_

**Votre n° d'allocataire** (allocations familiales, si vous en avez un) : \_\_\_\_\_

**Votre date de naissance :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Votre nationalité :** française  européenne\*  autre

**Votre adresse :** \_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Commune :** \_\_\_\_\_

**Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile**

*(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :* \_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Commune :** \_\_\_\_\_

### ▪ Votre situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui non

Si oui, vous êtes : célibataire  marié(e) - en concubinage - pacsé(e)  séparé(e) - divorcé(e)  veuf ou veuve

### ▪ Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

**Ses nom et prénoms :** \_\_\_\_\_  
*(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

**Son n° de sécurité sociale** (s'il gère l'ADe n) : \_\_\_\_\_

**Son n° d'allocataire** (allocations familiales, s'il gère l'ADe n) : \_\_\_\_\_

**Sa date de naissance :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Sa nationalité :** française  européenne\*  autre

\* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Slovénie, Suède et Suisse.

### ▪ Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue (y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Garde alternée (2)	Date de naissance	N° de sécurité sociale
_____			<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	_____
_____			<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	_____
_____			<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	_____
_____			<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	_____
_____			<input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____	_____

(1) Renseignez de la manière suivante : "FRA" si vous êtes de nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

(2) Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en garde alternée.

## ▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficiaire déjà du RSA	Demande Complémentaire santé solidaire en cours	Bénéficiaire de l'AAH (1)	Bénéficiaire de l'ASPA (2) ou de l'ASV (3)	Bénéficiaire de l'ASI (4)
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Allocation aux adultes handicapés (2) Allocation de solidarité aux personnes âgées (3) Allocation supplémentaire vieillesse (4) Allocation supplémentaire invalidité

## LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

**Ne pas remplir si vous, votre conjoint (e), concubin(e) ou partenaire PACS êtes concerné(e)s par le RSA.**

Précisez cette période de douze mois :

du \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année

au \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année

Indiquez le montant cumulé au cours de la période de 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande (indiquez "0" en l'absence de ressources) (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
1 Salaires nets imposables	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Heures supplémentaires non imposables	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Indemnités exceptionnelles non imposables	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
2 Revenus professionnels non salariés agricoles ou non agricoles en début d'activité - chiffre d'affaires hors taxe des quatre derniers trimestres civils précédant la demande : " _____ € " _____ € " _____ € " _____ € - Pour les gérants de société : " rémunération ou part de bénéfice _____ €	_____ € _____ € _____ € _____ € _____ €	_____ € _____ € _____ € _____ € _____ €	_____ € _____ € _____ € _____ € _____ €	_____ € _____ € _____ € _____ € _____ €
3 Percevez-vous ou avez-vous perçu des allocations chômage ou une rémunération de stage de formation professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
5 Retraites de base et complémentaire (y compris veuvage)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
6 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
7 Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
8 Êtes-vous propriétaire de votre logement ou logé(e) gratuitement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
9 Ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus (par exemple : assurance vie)	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
10 Autres ressources (dons, gains aux jeux) _____ Précisez la nature : _____	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
11 Pensions et obligations alimentaires versées	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Veillez nous fournir le(s) justificatif(s) suivant(s) \_\_\_\_\_

Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.

Votre situation	Justificatif(s) à fournir
Votre foyer et ses ressources (pour toutes les personnes du foyer quel que soit son âge)	- Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) - Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation
Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)
Si vous avez demandé le RSA et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficiaire du RSA jeune	L'(les) attestation(s) de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée(s) par la CAF ou la MSA (pour le demandeur du RSA uniquement)

## ▶ LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

- Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire vous devez choisir l'organisme qui sera votre interlocuteur.

Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, que vous trouverez sur le site [www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr) ou que vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous choisissez une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, votre caisse d'assurance maladie l'informerá de votre choix, si vos droits à la Cca d'fa YbHJfY!gUbH!gc`XUJfY sont reconnus, en lui transmettant `Yg`j bZ:fa Ujcbg`Z[ i fUbhYb`dU[ Yg` `Yh( "

### BON A SAVOIR :

- Si vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire d'entreprise, vous pouvez demander à votre employeur une dispense d'adhésion à cette complémentaire pendant la durée de votre Complémentaire santé solidaire. Un courrier de demande de dispense à cette complémentaire est disponible sur le site [www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr)
- Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez les pages 3 et 4 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site [complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr)
- Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel

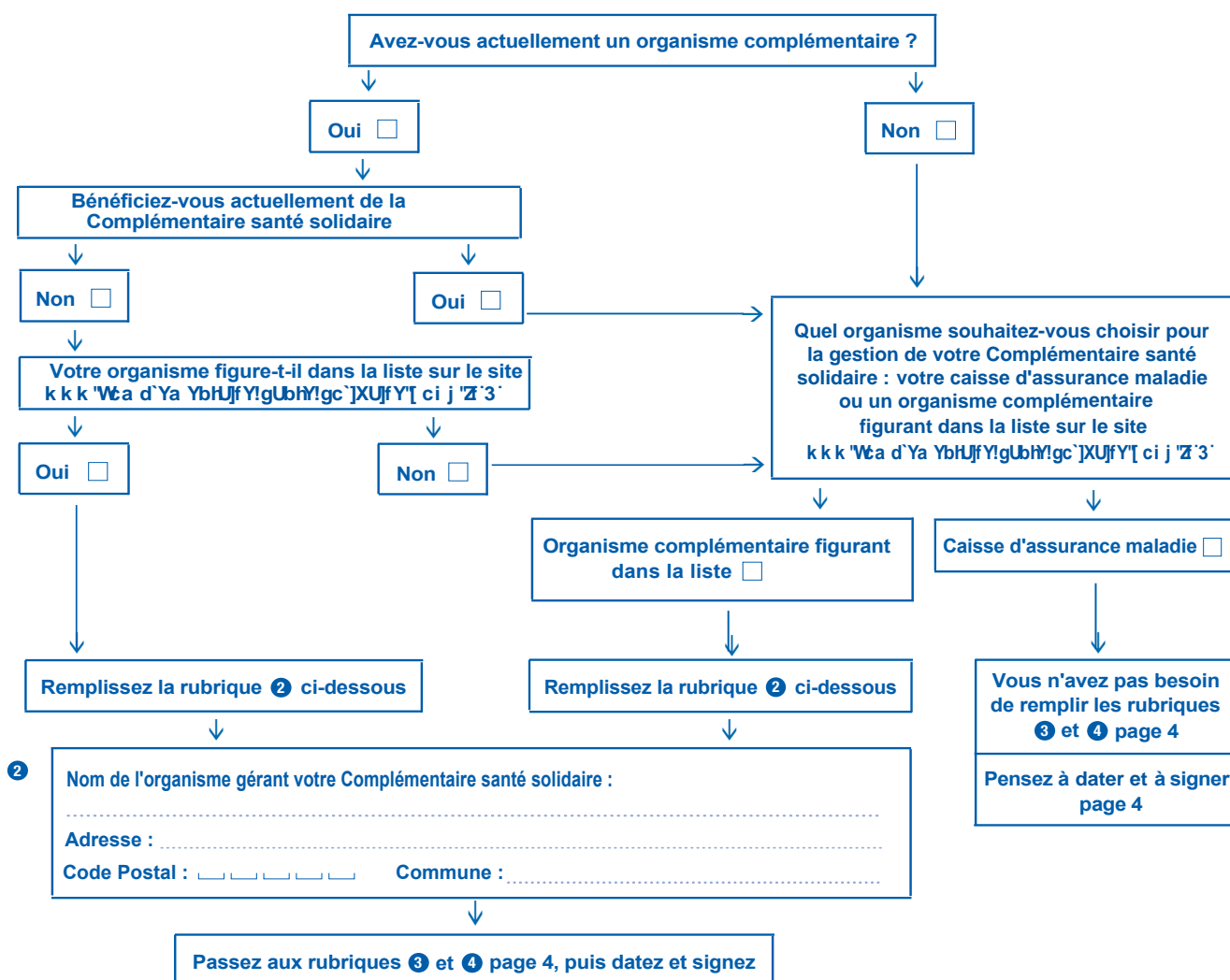
- Comment choisir votre organisme Complémentaire santé solidaire ?

Pour faire votre choix, complétez les rubriques qui figurent ci-dessous. Mais attention, les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

**IMPORTANT :** Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme Complémentaire santé solidaire. Si lors d'une première demande, vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, vous devez la conserver.

### LAISSEZ-VOUS GUIDER :

- 1 Cochez les cases en fonction de votre situation



③ Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (2) (si différent du demandeur)
		<input type="checkbox"/>	____	_____	
		<input type="checkbox"/>	____	_____	
		<input type="checkbox"/>	____	_____	
		<input type="checkbox"/>	____	_____	
		<input type="checkbox"/>	____	_____	
		<input type="checkbox"/>	____	_____	

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante

(2) Disponible sur l'attestation papier qui accompagne votre carte Vitale

④ Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau ③ qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire.

Nom et prénoms : \_\_\_\_\_  
 (Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données renseignées auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou [www.msa.fr](http://www.msa.fr) En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la Complémentaire santé solidaire peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

► Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et vrais.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur

► Uki'f qu'kt' gw't go rik't ct 'vp'qt i cpluo g ci t<sup>22</sup>. 'b gt ekf g'b gpwkppgt 'hg'pgo 'gv'ngu eqqt f app<sup>2</sup> g'f g'v'qt i cpluo g's w'k'ic 't go r'ld

Cachet de l'organisme

DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

sans participation financière du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

moyennant paiement d'une participation financière \_\_\_\_\_

Cachet de la caisse d'assurance maladie gérant la couverture maladie de base