

**DEMANDE D'AIDE FINANCIERE
EXCEPTIONNELLE - PANDEMIE
AIDE A L'HEBERGEMENT**

Allocataire	INSEE/NIR :
Nom :	Nom d'épouse (s'il y a lieu).....
Prénoms :	Date de naissance :/..../.....
Adresse :	
Adresse temporaire (si besoin) :	
Téléphone : Courriel :	
Bénéficiaire C2S/RSA : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Conjoint :	
Nom :Prénoms :Date de naissance :/..../.....	
Situation familiale :	
Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/>	
Depuis le.....	
Nombre d'enfants à charge : Ages des enfants :	
Déclaration de revenus du foyer <i>(sauf si bénéficiaire C2S/ RSA)</i>	
Revenus mensuel moyen pour les 3 derniers mois :	
<i>(Merci de fournir également la copie des 3 derniers relevés de comptes bancaires)</i>	
Motif de la demande	
Date prévisionnelle du terme de l'accouchement :/..../.....	
Dates prévisionnelles de la période de soins ambulatoires : du/..../ 2020 au/..../ 2020	
Lieu de prise en charge médicale : Saint Martin <input type="checkbox"/> Guadeloupe <input type="checkbox"/> Martinique <input type="checkbox"/>	
Nom du médecin prescripteur :	
Attestation sur l'honneur	
Je soussigné, M(me)....., certifie sur l'honneur, l'exactitude des informations fournies et autorise le traitement informatique des renseignements donnés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Je prends connaissance du fait qu'ils pourront être vérifiés. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.	
Date : .../.../.....	Signature :

Cadre réservé à l'administration :	
Réception CPS :	date :
	Réception MSA : date :
	Notification : <input type="checkbox"/> Accordé <input type="checkbox"/> Refusé

Rappel des pièces à fournir

Pour une demande :

- * imprimé de demande complété et signé
- * photocopie des 3 derniers relevés de compte bancaire
- * avis du médecin coordonnateur

Pour le versement de l'aide :

- * RIB au nom de l'allocataire signataire de la demande
- * **Facture acquittée d'hébergement, au nom de l'allocataire signataire de la demande**

Ce formulaire, dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées, est à retourner à l'adresse suivante :

CPS de St Barthélemy
A l'attention de Mme Bonneau Camille
13 Rue Lubin Brin
97133 GUSTAVIA

Toute demande incomplète sera retournée au demandeur.