

Aide médicale de l'Etat demande d'admission

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

notice d'utilisation

le demandeur

Indiquez dans cette rubrique les renseignements concernant votre identité.

Rubrique "nom" :

indiquez votre nom, suivi s'il y a lieu, de votre nom d'époux ou d'épouse.

Rubrique "vous n'avez pas de domicile fixe" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée).

Vous devez présenter un des **documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge et vivent en France** :

- passeport,
- carte nationale d'identité,
- copie du titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille traduit, soit par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français, soit par le consul, en France, de votre pays ou du pays dans lequel le document a été établi,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

vos ressources et celles des personnes à votre charge

Vous résidez en France depuis plus de trois mois. Présentez un des documents ci-dessous :

- passeport indiquant la date d'entrée en France,
- copie du contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,
- avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, à la taxe foncière ou d'habitation,
- facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois,
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez la **nature** et le **montant** de vos **ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non)**, pendant les douze derniers mois.

Exemple : si vous déposez votre demande le 23 mars 2006, indiquez les ressources perçues du 1er mars 2005 au 28 février 2006.

Présentez les **documents relatifs à vos ressources** en votre possession.

Précisez si vous versez des pensions alimentaires. Indiquez le montant versé pendant les douze derniers mois.

Indiquez si vous, ou les personnes à votre charge, êtes logé(e) gratuitement.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale.

les membres de votre famille habitant en France à une adresse différente de la vôtre

L'**aide** susceptible de vous être **apportée par les membres de votre famille habitant en France (père, mère, enfants)** pour vous aider à payer vos dépenses de soins et de médicaments, **n'est pas prise en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat.** En revanche, après votre admission à l'aide médicale le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées au titre de l'aide médicale.

vos droits

L' aide médicale de l' Etat prend en charge vos dépenses de santé pour les soins donnés en médecine de ville et dans un établissement de santé.

important

Pour l'établissement de l'attestation de droits, vous devez joindre, IMPERATIVEMENT, à cette demande votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge. Indiquez au dos de chacune des photos le nom, le prénom et la date de naissance de la personne.

demande d'aide médicale de l'Etat

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

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 (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénoms _____ **date de naissance** | | | | | | | | | |

lieu de naissance

nationalité Espace Economique Européen autre

adresse en France

code postal | | | | | **commune** _____

si vous n'avez pas de domicile fixe, précisez l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile (Centre Communal d'Action Sociale, association, autre organisme agréé...) :

avez-vous déjà demandé l'AME ? **si oui, année :** _____ **département :** _____

avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? **si oui, année :** _____ **département :** _____

vos ressources et celles des personnes à votre charge

vous résidez en France de façon stable et permanente depuis le :

les personnes à votre charge résidant en France (conjoint, concubin, partenaire d'un PACS, enfants)

NOM	prénom	lien de parenté	date de naissance

nature des ressources	montant total perçu au cours des douze derniers mois

- si vous versez des pensions alimentaires *cochez la case* et précisez depuis quelle date :
Indiquez, dans ce cas, le montant total versé au cours des douze derniers mois :
- si vous êtes logé(e) à titre gratuit *cochez la case* et précisez depuis quelle date :
- si vous percevez ou avez perçu des indemnités journalières *cochez la case*
- si vous percevez ou avez perçu des allocations familiales *cochez la case* n° d'allocataire | | | | | | | | | |
- si vous êtes au chômage total ou partiel lors de la demande *cochez la case*
- si vous êtes en arrêt de travail ou l'avez été pour une maladie de longue durée *cochez la case*

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

vos droits

- si vous avez été assuré(e) social(e) : fournissez votre carte Vitale ou, à défaut, indiquez votre n° d'immatriculation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
- si vous bénéficiez d'une couverture sociale dans votre pays *cochez la case*
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, êtes atteint(e) d'une maladie de longue durée : joignez l'attestation correspondante.
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, attendez un enfant : joignez le certificat médical indiquant la date présumée du début de grossesse.
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois *cochez la case*

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

