

demande d'aide médicale de l'Etat

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

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 <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
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 ? non <input type="checkbox"/> si oui <input type="checkbox"/> , année :	département :
avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non <input type="checkbox"/> si oui <input type="checkbox"/> , 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, en situation régulière, habitant en France (père, mère, conjoint, 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

Je, soussigné(e), 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. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (art. L252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

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

--