# DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE

## Identité du demandeur

Numéro de sécurité sociale : _____

Numéro de pension Enim :

Date de naissance : / / 

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : Ville : _____ Pays : _____

Téléphone :

Email : _____ @ _____

## Situation de famille

- ◯ Célibataire
- ◯ Divorcé(e)/Séparé(e), depuis le / /
- ◯ Marié(e)/Pacsé(e)/Concubin(e), depuis le / /
- ◯ Veuf(ve), depuis le / /

## Identité du conjoint(e) ou du partenaire

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : / / Profession : _____

Numéro de sécurité sociale :

## Autres personnes vivant au foyer

| Nom et Prénom | Profession ou situation | Date de naissance | Lien de parenté |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE

*Numéro de sécurité sociale :* _____

## Mode de logement

◯ Propriétaire ◯ Locataire ◯ Foyer logement ◯ Autre : _____

## Charge à déduire

Pension alimentaire versée *(à justifier)* : _____

## Ressources mensuelles

*Indiquer l'ensemble des ressources mensuelles perçues par le foyer*

| | Demandeur | Conjoint(e) / Partenaire | Enfant ou autre personne résidant au foyer |
|---|---|---|---|
| Pension Enim | | | |
| Pension autres régimes *(1)* | | | |
| Salaire, Indemnités Journalières, Indemnités France travail, RSA *(2)* | | | |
| Autres revenus *(Prime d'activité, Complément employeur ou prévoyance, Prestations familiales...)* | | | |
| Revenus fonciers et/ou mobiliers | | | |
| **TOTAL** | | | |

*(1) Merci de préciser l'origine des autres pensions : CARSAT, ARRCO, AGIRC, MSA, etc.*

*(2) Merci de préciser la nature du revenu*

# DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE

*Numéro de sécurité sociale :* _____

## Renseignements complémentaires pour l'aide supplémentaire aux prestations légales de prévoyance

**Origine de la dépense :**

- ☐ Dentaire
- ☐ Appareil auditif
- ☐ Optiques
- ☐ Prestations ou frais hospitaliers non remboursables (hors forfaits journaliers)
- ☐ Fournitures médicales non remboursables
- ☐ Transports non remboursables
- ☐ Autres : _____

**Montant des frais engagés :** _____

**Mutuelle santé :**

Êtes-vous adhérent à une mutuelle santé ? ◯ Oui ◯ Non

Nom de la mutuelle santé : _____

Montant du remboursement de la mutuelle santé *(joindre le(s) justificatif(s))* : _____

Êtes-vous adhérent à la la Complémentaire Santé Solidaires (ex CMU-C ou ACS) ? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, précisez depuis quelle date : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

## ENGAGEMENT

**Je soussigné(e)** *(nom et prénom(s) du signataire)*

**m'engage à :**

- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile
- régler à l'Enim les sommes éventuellement versées à tort
- faciliter toute enquête.

**Je certifie sur l'honneur l'authenticité des pièces et des renseignements fournis.**

Fait à _____ le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Signature obligatoire :

# DEMANDE D'AIDE SUPPLÉMENTAIRE AUX PRESTATIONS LÉGALES DE PRÉVOYANCE

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

- ◯ Le formulaire de demande dûment complété et signé
- ◯ Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- ◯ Si la dépense est déjà engagée : la facture acquittée et l'avis des sommes à payer pour des soins réalisés dans des établissements publics
- ◯ Si la dépense n'est pas engagée : un devis détaillé
- ◯ Le(s) justificatif(s) de remboursement de la mutuelle complémentaire ou l'attestation précisant la non prise en charge
- ◯ La prescription médicale (uniquement pour les actes non pris en charge par la caisse de sécurité sociale)
- ◯ Si votre conjoint est placé en hébergement définitif, les justificatifs des frais d'hébergements en établissement d'hébergement définitif datant de moins de 3 mois

***L'Enim se réserve le droit de demander toute pièce justificative estimée nécessaire à l'étude du dossier.***

**LE DOSSIER COMPLET EST À RETOURNER PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE :**

action.sociale@enim.eu

**Enim - Département des politiques sociales maritimes de l'action sanitaire et sociale et des préventions (DPAP)**
27 quai de Solidor
CS 31854
35418 Saint-Malo Cedex

*Les informations personnelles recueillies par l'Enim pour le traitement des dossiers de ses correspondants respectent les obligations du règlement général sur la protection des données (RGPD – Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Pour plus d'informations, voir le site www.enim.eu et l'Espace personnel Enim. La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.*