

Démarche : Invalidité - Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Organisme : ASSURE

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Ce service est réservé uniquement aux assurés Invalide des CPAM de Lille-Douai de l'Artois et Roubaix-Tourcoing.

Pour une connexion simple et pratique, utilisez la connexion France-Connect.

Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité
(Articles L.815-24 et suivants, L.815-25, 27 et D.815-19 du Code de la sécurité sociale)

Vous-même (le/la demandeur(se))

De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépendez-vous ?

Indiquez le département de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Votre nom de famille (de naissance)

Votre nom d'usage

S'il y lieu

Vos prénoms

Dans l'ordre de l'état civil.

Votre numéro de sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

Invalidité - Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Date de naissance

Format jj/mm/aaaa

Votre numéro d'allocataire CAF

Votre nationalité

Votre adresse actuelle

Votre numéro de téléphone

Adresse email

Votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e)

Je suis

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ En concubinage

☐ Pacsé(e)

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve)

Nouveau champ Adresse

A remplir uniquement si vous êtes marié(e), pacsé(e) ou en concubinage

Son nom de famille (de naissance)

Son nom d'usage

S'il y a lieu

Ses prénoms

Ordre de l'état civil

Invalidité - Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Son numéro de sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

Numéro d'Allocataire CAF

Sa date de naissance

Format jj/mm/aaaa

Sa commune de naissance

Département de naissance

Sa nationalité

Vos revenus en France et/ou à l'étranger des 3 derniers mois

Les informations sont disponibles dans le guide de la démarche (en haut de ce formulaire)

Choix des ressources

Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Salaires et/ou gains assimilés
- ☐ Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- ☐ Indemnités journalières payées par votre CPAM
- ☐ Allocations chômage, préretraite
- ☐ Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- ☐ Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- ☐ Allocations
- ☐ Autre revenus

Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

Uniquement dans les cas où vous percevez déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu

Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

Choix des ressources

Invalidité - Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Salaires et/ou gains assimilés
- ☐ Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- ☐ Indemnités journalières payées par votre CPAM
- ☐ Allocations chômage, préretraite
- ☐ Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- ☐ Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- ☐ Allocations
- ☐ Autre revenus

Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

Uniquement dans les cas où vous percevez déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu

Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Salaires et/ou gains assimilés
- ☐ Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- ☐ Indemnités journalières payées par votre CPAM
- ☐ Allocations chômage, préretraite
- ☐ Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- ☐ Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- ☐ Allocations
- ☐ Autre revenus

Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

Uniquement dans les cas où vous percevez déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu

Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

Les revenus de votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) en France et/ou à l'étranger des 3 derniers mois

A remplir uniquement si vous êtes marié(e), pacsé(e) ou en concubinage

Invalidité - Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Choix des ressources

Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Salaires et/ou gains assimilés
- ☐ Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- ☐ Indemnités journalières payées par votre CPAM
- ☐ Allocations chômage, préretraite
- ☐ Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- ☐ Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- ☐ Allocations
- ☐ Autre revenus

Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

Uniquement dans les cas où votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) perçoit déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu
Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Salaires et/ou gains assimilés
- ☐ Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- ☐ Indemnités journalières payées par votre CPAM
- ☐ Allocations chômage, préretraite
- ☐ Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- ☐ Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- ☐ Allocations
- ☐ Autre revenus

Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

Uniquement dans les cas où votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) perçoit déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu
Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Invalidité - Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

☐ Salaires et/ou gains assimilés

☐ Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale

☐ Indemnités journalières payées par votre CPAM

☐ Allocations chômage, préretraite

☐ Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion

☐ Retraites complémentaires personnelles et de réversion

☐ Allocations

☐ Autre revenus

Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

Uniquement dans les cas où votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) perçoit déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu

Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

Biens immobiliers et mobiliers

Avez-vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS, des biens mobiliers et/ou immobiliers en France et/ou à l'étranger ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, remplissez les éléments ci-dessous. Sinon passez directement au point 7

Biens immobiliers et mobiliers

*en commun (commun au ménage)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Biens immobiliers à vous

☐ Biens immobiliers en commun*

☐ Biens immobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

☐ Biens mobiliers à vous

☐ Biens mobiliers en commun*

☐ Biens mobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

Nature, adresse et valeur actuelle du bien

Biens immobiliers et mobiliers

*en commun (commun au ménage)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Invalidité - Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

☐ Biens immobiliers à vous

☐ Biens immobiliers en commun*

☐ Biens immobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

☐ Biens mobiliers à vous

☐ Biens mobiliers en commun*

☐ Biens mobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

Nature, adresse et valeur actuelle du bien

Biens immobiliers et mobiliers

*en commun (commun au ménage)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Biens immobiliers à vous

☐ Biens immobiliers en commun*

☐ Biens immobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

☐ Biens mobiliers à vous

☐ Biens mobiliers en commun*

☐ Biens mobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

Nature, adresse et valeur actuelle du bien

Si vous possédez un bien immobilier, habitez-vous la maison dont vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS êtes propriétaire ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Biens immobiliers ou mobiliers dont il a été fait donation depuis moins de 10 ans

Si vous n'êtes pas concerné, vous pouvez directement passer au point 8

Qui est le donateur ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Vous-même

☐ Votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

☐ Vous et votre conjoint(e)

Nature du bien, adresse et valeur actuelle

Date de la donation

(Date de l'acte)

Invalidité - Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Format jj/mm/aaaa

Lien de parenté avec le bénéficiaire de la donation

Déclaration sur l'honneur

J'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage à vous faire connaître toute modification de mes ressources et de celles de mon conjoint ou partenaire PACS ou concubin ainsi que tout changement familial et de résidence, et à faciliter toute enquête.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Le

Format jj/mm/aaaa

Fait à

Pièces justificatives

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre dernier avis d'imposition

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Le dernier avis d'imposition de votre concubin(e), ou votre partenaire PACS

Uniquement si vous êtes concerné

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 2 justificatifs de moins de 6 mois prouvant que vous résidez en France

Exemples : quittances de loyer, factures d'eau, de gaz, d'électricité, de téléphone, attestation du Maire,....

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre titre de séjour et/ou celui de votre conjoint(e)

Si vous résidez en France et si vous êtes (ou votre conjoint(e) de nationalité étrangère sauf si vous êtes ressortissant de l'Union européenne*, de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse. (*liste des pays disponible dans le guide de la démarche)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 3, 441-1 et 441-6 du Code pénal).

Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de calcul de vos droits et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant, et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.