

**DEMANDE D'AIDE MEDICALE***** Carte AM N°****PROVINCE NORD***** CA****Nom et prénom du demandeur**

Date et lieu de naissance

Nationalité Profession

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)☐ CAFAT N° ☐ Mutuelle N°☐ Sans couverture sociale ☐ Assurance N°*** CA***** Carte AM N° (si différent du demandeur)****Nom et prénom du conjoint**

Date et lieu de naissance

Nationalité Profession

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)☐ CAFAT N° ☐ Mutuelle N°☐ Sans couverture sociale ☐ Assurance N°

Adresse du ménage :

*CA	Nom et prénoms des enfants à charge	Date et lieu de naissance	*CS	SEXE		Scolarisé	Non scolarisé
				F	M		

*** Observations :****NOM et prénom de la tierce personne donnant une couverture sociale (ou allocations familiales) aux enfants à charge**

Adresse de la tierce personne :

☐ CAFAT N° ☐ Mutuelle N°*** Carte AM N°** ☐ Assurance N°

Date d'arrivée sur le Territoire _____

Hospitalisation : Lieu : _____

Date d'entrée : _____

Date de sortie : _____

Nom et prénom de la personne hospitalisée :

Observations : _____

Je soussigné(e) demande l'aide médicale au bénéfice des personnes désignées ci-dessus et certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues au cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes pièces justificatives complémentaires qui me seraient demandées.

Fait à _____, le _____

Signature du demandeur

Sans préjudice des peines prévues aux articles 313.2 et 313.3 du nouveau Code Pénal, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir, notamment par des renseignements incomplets ou erronés des prestations au titre de l'aide médicale, sera passible des peines prévues pour les contraventions de 5ème classe par l'article 131.13 du nouveau Code Pénal.

La loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit d'accès peut être exercé pendant le délai où ces informations sont gardées sous forme nominative auprès de la Direction Provinciale des Affaires Sanitaire et Sociales.

ATTESTATION DE RESIDENCE

Je soussigné(e) M. _____

Né (e) le _____

Situation de famille _____

Et M. _____

Né (e) le _____

Résidant à _____ commune de _____

Et ce depuis toujours.

(ou) depuis le _____

Fait à _____, le _____

(pour servir et valoir ce que de droit)

Signature :

Je vous rappelle que sans préjudice des peines prévues aux articles 313.2 et 313.3 du nouveau code pénal, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir, notamment par des renseignements incomplets ou erronés, des prestations au titre de l'aide médicale, sera passible des peines pénales prévues pour les contraventions de 5^{ème} classe par l'article 131.13 du nouveau code pénal.

ATTESTATION DE RESSOURCE

Je soussigné(e) M _____

Né (e) le _____

Situation de famille _____

Et M _____

Né (e) le _____

- ☐ *Déclare sur l'honneur n'avoir exercé aucune activité professionnelle et n'avoir pas eu de revenus durant les 6 derniers mois*
- ☐ *Etre à la recherche d'un emploi*
- ☐ *Vivre de cultures et de pêche traditionnelle en milieu tribal*
- ☐ *Etre salarié ou stagiaire ou apprenti depuis le _____*
- ☐ *Etre scolarisé (ci-joint un certificat de l'année en cours)*
- ☐ *Non scolarisé depuis le _____*
- ☐ *Au chômage indemnisé depuis le _____*
- ☐ *Etre retraité depuis le _____*
- ☐ *Autre rente d'un montant de _____*

Fournir les pièces qui correspondent à vos déclarations ci-dessus.

Fait à _____, le _____

(pour servir et valoir ce que de droit)

Signature :

Je vous rappelle que sans préjudice des peines prévues aux articles 313.2 et 313.3 du nouveau code pénal, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir, notamment par des renseignements incomplets ou erronés, des prestations au titre de l'aide médicale, sera passible des peines pénales prévues pour les contraventions de 5^{ème} classe par l'article 131.13 du nouveau code pénal.

ATTESTATION DE RESSOURCE

« *TRAVAILLEUR INDEPENDANT* »

Je soussigné(e) M. _____

Né (e) le _____

Situation de famille _____

*Déclare sur l'honneur avoir perçu _____ (montant en chiffres)
pour l'année _____ (année précédente), ci-joint ma déclaration de revenus au service
des contributions diverses.*

- ☐ *Copie de la patente et numéro de ridet*
- ☐ *Enregistrement au registre de la chambre d'agriculture*
- ☐ *Immatriculation au Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité (RUAMM)*
- ☐ *Copies des quittances de cotisations au RUAMM de l'année en cours*
- ☐ *Comptabilité de l'activité professionnelle sur les 6 derniers mois, en faisant apparaître les recettes et dépenses professionnelles, avec leurs justificatifs à l'appui (factures, contrats, convention,...)*
- ☐ *Copie des relevés de compte bancaire (compte courant/compte épargne)/CCP/Livret A sur les 6 derniers mois*

Fournir les pièces qui correspondent à vos déclarations ci-dessus.

Fait à _____, le _____

(pour servir et valoir ce que de droit)

Signature :

Je vous rappelle que sans préjudice des peines prévues aux articles 313.2 et 313.3 du nouveau code pénal, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir, notamment par des renseignements incomplets ou erronés, des prestations au titre de l'aide médicale, sera passible des peines pénales prévues pour les contraventions de 5^{ème} classe par l'article 131.13 du nouveau code pénal.

