



n° 12504\*05

# Demande de Couverture maladie universelle complémentaire ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

## LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

Le droit à la CMU-C ou à l'ACS est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer.

Votre foyer est composé de vous-même, de votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS, des enfants et des autres personnes, de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue, qui :

- vous sont rattachés fiscalement,
- ou vivent sous votre toit,
- ou perçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire).

Si la personne à charge est elle-même conjoint, concubin ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle. C'est le cas, par exemple, si l'un de vos enfants de 24 ans habite chez vous et a un enfant.

Complétez toutes les informations concernant chaque membre de votre foyer.

*Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.*

### ▪ Vous-même

Vos nom et prénoms :

PICHON MARTINE

(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre n° de Sécurité sociale (si vous en avez un) : 293103811821119

Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un) : 4120829

Votre date de naissance : 06.10.1993

Votre nationalité : française  Union Européenne/Espace Economique Européen/Suisse  autre

Votre adresse : 35 lot bel horizon

Adresse mail : pichon.marine38@yahoo.fr

Code Postal : 38330 Commune : SAINT-ISMIER Téléphone : 0645511825

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### ▪ Votre situation familiale

célibataire  marié(e)  en concubinage  pacsé(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf ou veuve

depuis le : 02.04.2011

### ▪ Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms : ROBINET PAUL

(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de Sécurité sociale (s'il en a un) : 188036911298371

Son n° d'allocataire (allocations familiales, s'il en a un) : \_\_\_\_\_

Sa date de naissance : 13.03.1988

Son organisme d'assurance maladie : MGEN

Sa nationalité : française  Union Européenne/Espace Economique Européen\*/Suisse  autre

### ▪ Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue (y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Résidence alternée (2)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
58			<input type="checkbox"/>	_____	_____
69			<input type="checkbox"/>	_____	_____
			<input type="checkbox"/>	_____	_____
			<input type="checkbox"/>	_____	_____
			<input type="checkbox"/>	_____	_____
			<input type="checkbox"/>	_____	_____

(1) Renseignez de la manière suivante : "FRA" si nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de l'EEE ou UE, ou Suisse, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

(2) Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en résidence alternée.



n° 12504\*05

# Demande de Couverture maladie universelle complémentaire ou d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

## LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

Le droit à la CMU-C ou à l'ACS est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer.

Votre foyer est composé de vous-même, de votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS, des enfants et des autres personnes, de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue, qui :

- vous sont rattachés fiscalement,
- ou vivent sous votre toit,
- ou perçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire).

Si la personne à charge est elle-même conjoint, concubin ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle. C'est le cas, par exemple, si l'un de vos enfants de 24 ans habite chez vous et a un enfant.

Complétez toutes les informations concernant chaque membre de votre foyer.

*Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.*

### ▪ Vous-même

Vos nom et prénoms : LUBY ALPHONSE

(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre n° de Sécurité sociale (si vous en avez un) : 158 1193 2084 1219

Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un) : 234 193 1

Votre date de naissance : 02 11 1958

Votre nationalité : française  Union Européenne/Espace Economique Européen/Suisse  autre

Votre adresse : 8 impasse du bois de luz

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Code Postal : 93 125 Commune : VIVIER

Téléphone : 073 892 25 41

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### ▪ Votre situation familiale

célibataire  marié(e)  en concubinage  pacsé(e)  séparé(e)  divorcé(e)  veuf ou veuve

depuis le : 15 06 2001

### ▪ Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms : LUBY NINA

(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de Sécurité sociale (s'il en a un) : 258 0359 4081 4155

Son n° d'allocataire (allocations familiales, s'il en a un) : 08 204 86

Sa date de naissance : 08 03 1952

Son organisme d'assurance maladie : INTERIAL

Sa nationalité : française  Union Européenne/Espace Economique Européen/Suisse  autre

### ▪ Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue

(y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Résidence alternée (2)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
			<input type="checkbox"/>	_____	_____
			<input type="checkbox"/>	_____	_____
			<input type="checkbox"/>	_____	_____
			<input type="checkbox"/>	_____	_____
			<input type="checkbox"/>	_____	_____

(1) Renseignez de la manière suivante : "FRA" si nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de l'EEE ou UE, ou Suisse, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

(2) Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en résidence alternée.

**LE PETIT BAC DE LA SANTE**

NOM DU MEDICAMENT	SYMPTÔMES SOIGNES	MODE D'ADMINISTRATION	UN « EFFET INDESIRABLE » ou « NON SOUHAITE, GENANT »	ÂGE CONCERNE	POSOLOGIE

**LE PETIT BAC DE LA SANTE (SUITE) ...**

LE FORMULAIRE CMU DE QUI ?	SON NUMERO DE TELEPHONE ?	SON ADRESSE ?	SON ÂGE ?	SA SITUATION FAMILIALE ?	LE NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE SON PARTENAIRE ?

**LE PETIT BAC DE LA SANTE**

NOM DU MEDICAMENT	SYMPTÔMES SOIGNES	MODE D'ADMINISTRATION	UN « EFFET INDESIRABLE » ou « NON SOUHAITE, GENANT »	ÂGE CONCERNE	POSOLOGIE

**LE PETIT BAC DE LA SANTE (SUITE) ...**

LE FORMULAIRE CMU DE QUI ?	SON NUMERO DE TELEPHONE ?	SON ADRESSE ?	SON ÂGE ?	SA SITUATION FAMILIALE ?	LE NUMERO DE SECURITE SOCIALE DE SON PARTENAIRE ?