

## FORMULAIRE ADMINISTRATIF

### IDENTIFICATION DU PENSIONNE

Numéro de sécurité sociale (NIR)

NOM

Prénoms

Date de naissance  Lieu de naissance

Adresse

Code postal  Ville

Tél  Courriel

Etes-vous adhérent à :

- une mutuelle ?                      NON  OUI  si oui laquelle ?
- une assurance ?                    NON  OUI  si oui laquelle ?
- un organisme de prévoyance ?   NON  OUI  si oui lequel ?

### PRESTATION DEMANDÉE

### PARTICIPATIONS DIVERSES

Avez-vous déjà sollicité ou obtenu des aides de la part d'autres organismes (mutuelle, assurance, prévoyance, APA, MDPH...) ?    NON                     OUI                     Si oui, précisez ci-dessous :

ORGANISME	MONTANT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

## ATTESTATION

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies <sup>(1)</sup>
- J'autorise la communication de mon dossier, pour instruction, aux partenaires suivants : <sup>(2)</sup>
- Office national des anciens combattants et victimes de guerre
  - Cellule d'aide aux blessés de l'armée de Terre     Cellule d'aide aux blessés de la Marine
  - Cellule d'aide aux blessés de l'armée de l'Air     Cellule d'aide aux blessés du Service de santé des armées
  - Cellule d'aide aux blessés de la Gendarmerie nationale

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

<sup>(1)</sup> Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (arts. 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code Pénal). L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi ou de l'administration fiscale (article L114-12 du code de la Sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers (articles L114-19 et suivants du CSS).

<sup>(2)</sup> L'objet de cet imprimé est de permettre la gestion d'un dossier de demande d'aide, sous forme d'un traitement informatique, déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et dont la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) est responsable. Ces informations obligatoires pourront être consultées par les partenaires choisis ci-dessus. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'accéder à ces informations, de les faire rectifier et de vous y opposer, droits que vous pouvez exercer à tout moment auprès de la CNMSS.

## LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

### Dans l'enveloppe « pièces médicales »

#### Dans tous les cas

- le formulaire médical complété et signé par votre médecin

#### Cas particulier

- aide au maintien à domicile : la grille AGGIR complétée et signée par votre médecin
- soins dentaires : la copie de la radio panoramique dentaire
- aménagement de véhicule : un certificat médical d'aptitude à la conduite, délivré par un médecin agréé par la préfecture (ou si nécessaire, l'autorisation délivrée par la commission médicale de la préfecture)

### Dans l'enveloppe « pièces administratives »

#### Dans tous les cas

- le formulaire administratif complété et signé
- un relevé d'identité bancaire
- le devis correspondant au besoin ou la (les) facture(s) originale(s) acquittée(s)
- un justificatif du montant pris en charge (ou non) par les organismes sollicités

#### Cas particulier

- aménagement de véhicule : la copie de votre permis de conduire mis à jour des codes de restriction
- aménagement de véhicule ou du domicile ≥ 2000 € : un second devis d'un autre fournisseur

**Les devis des aménagements doivent distinguer les montants relatifs aux fournitures et à la main d'œuvre**

**>> Ces 2 enveloppes sont glissées dans l'enveloppe CSPC**

**Attention ! tout dossier incomplet ne pourra pas être présenté à la commission**

