



1^{re} demande Renouvellement Augmentation d'heures

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

N I R (numéro de sécurité sociale) []

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tél : _____ Adresse électronique : _____

MUTUELLE* _____ N° ADHERENT _____

*Si mutuelle UNEO, préciser votre mutuelle sociale : SOLIDARM CNG

N° CAF : _____

ACTIF <input type="checkbox"/> militaire, grade _____ <input type="checkbox"/> civil	RETRAITÉ <input type="checkbox"/> militaire Armée d'appartenance _____ <input type="checkbox"/> civil	AUTRES <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> ayant-cause <input type="checkbox"/> autre
--	---	--

BÉNÉFICIAIRE DE L'AIDE

NOM (en majuscules) _____ Prénoms _____

Date de naissance : _____

Assuré Conjoint Enfant Concubin PACSE Autre (préciser le lien de parenté): _____

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM - Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté	Profession

RESSOURCES MENSUELLES DU FOYER

	Assuré	Conjoint	Autres
A. AVANTAGE PRINCIPAL			
Pension militaire de retraite.....			
Pension militaire de réversion.....			
Sécurité sociale (CARSAT...)			
Solde ou salaire			
Allocations familiales			
Pension alimentaire.....			
B. AUTRES RETRAITES			
Pension militaire d'invalidité.....			
Pension de veuve de guerre.....			
Retraite complémentaire (cadre ou non).....			
C. AUTRES RESSOURCES			
Rentes viagères.....			
Revenus mobiliers et immobiliers			
Allocation d'aide sociale (AAH ou allocation compensatrice ou prestation dépendance).....			
Autres ressources éventuelles.....			
TOTAL	€	€	€

INFORMATION

Si vous souhaitez obtenir une aide complémentaire éventuelle, la communication de votre dossier à la mutuelle⁽¹⁾ et à l'assistant(e) de service social des Armées⁽²⁾ doit être précisée :

J'autorise le partage de mon dossier avec ma mutuelle
 l'assistant(e) de service social du ministère des Armées

⁽¹⁾ Les mutuelles (UNEO, SOLIDARM, CNG, MSPP, Harmonie Fonction Publique, FORTEGO) adhèrent au réseau social des armées qui vise à simplifier et accélérer le traitement des demandes d'aide médico-sociale

⁽²⁾ L'autorisation donnée pour le partage des informations à l'assistant(e) de service social des armées implique une prise de contact (rendez-vous, visite, etc.) aux fins d'établir une évaluation de la situation sociale nécessaire à la prise de décision

⇒ Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits (accès, rectification, opposition, suppression) au regard de l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer vos droits auprès de la CNMSS, sur simple demande adressée par formulaire électronique, en fonction de votre statut sur le site internet de la CNMSS ou par courrier postal à : CNMSS - DGR/SJR - Délégué à la protection des données personnelles - 247 av J Cartier 83090 Toulon Cedex 9, en précisant l'objet de votre demande, ainsi que vos nom, prénom et en joignant la copie recto-verso de votre pièce d'identité.

⇒ La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

⇒ Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal)

ATTESTATION

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai fournies⁽¹⁾.

Date et signature du demandeur

⁽¹⁾ La CNMSS se réserve le droit de contrôler les prestations servies. A ce titre une enquête peut être réalisée. L'assuré(e) doit y répondre obligatoirement sous peine d'interruption dans le paiement de la prestation.

JUSTIFICATIFS (*)

1- Un certificat médical détaillé précisant le diagnostic de l'affection motivant la demande et ses conséquences pratiques handicapantes, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil Ou par fax au **04 94 16 37 65** ou dans le cadre d'un envoi dématérialisé en vous connectant sur www.cnmss.fr /Je suis assuré/accéder au portail /Je contacte la CNMSS /Par courriel /contrôle médical/En savoir plus// et choisir dans menu déroulant Autres demandes/ valider/ Nous contacter

2- Le devis établi par l'association d'aide qui précise si elle est signataire d'une convention avec la CNAV et le tarif horaire, sinon joindre l'attestation d'engagement dans le cas d'un recrutement direct.

3 - Le bulletin de séjour hospitalier ou l'attestation précisant les dates d'entrée et de sortie le cas échéant.

4- Autre :

(*) Les documents ne doivent pas être agrafés, les copies sont au format A4 ou A5 en recto uniquement

L'enveloppe contenant le dossier doit être affranchie et adressée à :

Caisse nationale militaire de sécurité sociale
DGR/SASS/Bureau Action Sanitaire et Sociale
247, avenue Jacques Cartier 83090 TOULON CEDEX 9