





## Ressources de votre foyer

Déclarer les revenus de toute nature, même non imposables et joindre les **justificatifs des douze derniers mois** qui précèdent votre demande.

**À ne pas remplir si vous avez déposé une demande de Complémentaire santé solidaire dans l'année qui précède, sauf si vos ressources ont fortement évolué à la hausse ou à la baisse.**

	Le demandeur	Le conjoint	Autres personnes de moins de 25 ans (ayant eu des ressources)
Salaires			
Indemnités journalières			
Compléments de salaire			
Allocations chômage			
Prestations versées par la Caisse d'allocations familiales <b>(préciser votre numéro d'allocataire)</b>			
Retraite principale et complémentaire			
Pension invalidité, Rente AT, AAH AEEH, PCH			
Allocation compensatrice tierce personne			
Allocation Personnalisée d'Autonomie			
Pensions et obligations alimentaires reçues			
Bourses d'étude (enseignement supérieur)			
Revenus non salariés			
Autres ressources			
Dépenses engagées pour l'emploi d'une tierce personne			
Pensions et obligations alimentaires versées (joindre relevé bancaire)			

Le présent document est une attestation sur l'honneur qui engage son auteur et doit être signé.

Fait à : ..... le .....

**Signature**

## Procuration

*Ce document doit être complété obligatoirement.  
Il permettra, le cas échéant, le paiement direct au tiers de l'aide éventuellement accordée.*

Je soussigné(e), ..... , autorise la Caisse d'assurance maladie de Côte-d'Or, à verser le montant de l'aide financière demandée, sous réserve de l'accord de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale, aux tiers désignés ci-dessous :

- Trésorerie de l'Hôpital de : .....
- Professionnel de santé (dentiste, médecin,...) : .....
- Fournisseur (opticien, prothésiste, podologue...) : .....
- Autres tiers (préciser) : .....

Fait à ..... Le .....

Signature de l'assuré(e),