

**DEMANDEUR 1** :  Mme  Mlle  M

**N° CLASSOTHEQUE** :

**NOM** : \_\_\_\_\_ **PRENOMS** : \_\_\_\_\_

**Date de naissance** : \_\_\_\_\_ **N° de CGSS** : \_\_\_\_\_

**Nom de Jeune fille** : \_\_\_\_\_ **Age** : \_\_\_\_ ans

**Situation de Famille** :  Marié  Pacsé  Concubinage  Divorcé  Séparé  Veuf (ve)  Célibataire

**DEMANDEUR 2** :  Mme  Mlle  M

**NOM** : \_\_\_\_\_ **PRENOMS** : \_\_\_\_\_

**Date de Naissance** : \_\_\_\_\_ **N° de CGSS** : \_\_\_\_\_

**Nombre de personnes composant le foyer fiscal**

**ADRESSE** :

**Lieu dit** : \_\_\_\_\_ **Complément géographique** : \_\_\_\_\_

**Code Postal** : \_\_\_\_\_ **Localité** : \_\_\_\_\_

**N° de Téléphone** : \_\_\_\_\_ **Nom de votre Mutuelle** : \_\_\_\_\_

## PIECES A FOURNIR:

- Copie pièce d'identité
- Copie justificatif de domicile

➔ **Si vous percevez la Complémentaire santé solidaire avec participation financière**

- Copie notification de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière de la CGSS en cours de validité
- Copie bulletin d'adhésion à l'organisme de complémentaire santé

**OU**

- Faire remplir l'encadré ci-dessous par votre organisme de complémentaire santé:

**Période de validité des droits à la Complémentaire santé solidaire de :**  
M \_\_\_\_\_

**DATE DE DEBUT** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATE DE FIN** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signature et cachet obligatoire de l'organisme de complémentaire santé**

➔ **Si vous ne percevez pas la Complémentaire santé solidaire avec participation financière**

- Copie avis d'imposition ou non imposition 2020
- Copie du contrat d'adhésion à votre organisme de complémentaire santé

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Signatures (Obligatoires)**

**Demandeur 1 :**

**Demandeur 2 :**

L'organisme de complémentaire santé du demandeur doit déjà être affilié au dispositif afin que le demandeur puisse bénéficier de l'aide Chèque Santé.  
La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 441.1 du Code Pénal).  
Le Conseil Départemental vérifie l'exactitude des déclarations. Toute somme perçue suite à de fausses déclarations fera l'objet de titre de remboursement.  
La loi 78-17 modifiée du 6/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

➔ **Retourner le formulaire**

**Coordonnées du Service d'Aide Sociale aux Adultes de votre commune de résidence pour le dépôt de votre dossier :**

<i>Commune de résidence</i>	<i>Coordonnées du Service Départemental d'Aide Sociale aux adultes</i>
<p><b><u>NORD</u></b></p> <p>Saint-Denis Sainte-Marie Sainte-Suzanne</p>	<p>Service Aide Sociale aux Adultes (ASA NORD) 146 rue Sainte-Marie 97400 Saint-Denis</p> <p>Tél : 0262 28 98 28</p>
<p><b><u>SUD</u></b></p> <p>Avirons, Etang Salé, Saint-Louis, Cilaos, Entre-Deux Saint-Pierre, Le Tampon, Petite Ile, Saint-Joseph, Saint-Philippe</p>	<p>Service Aide Sociale aux Adultes (ASA SUD) 44 bis rue Archambaud 97410 Saint-Pierre</p> <p>Tél : 0262 96 92 89 0262 96 92 90 0262 96 90 05 0262 96 90 70</p> <p>Guichet Unique de la Plaine des Cafres 25, rue Raphaël Douyere 97408 Plaine des Cafres</p> <p>Tél : 0262 59 52 50</p>
<p><b><u>EST</u></b></p> <p>Saint-André, Salazie Bras-Panon, Saint-Benoît Plaine des Palmistes, Sainte-Rose</p>	<p>Service Aide Sociale aux Adultes (ASA EST) 402 rue de la Gare Bloc A - RDC 97440 Saint-André</p> <p>Tél : 0262 40 71 00</p>
<p><b><u>OUEST</u></b></p> <p>La Possession, Le Port Saint-Paul, Trois-Bassins Saint-Leu</p>	<p>Service Aide Sociale aux Adultes (ASA OUEST) 60 rue Claude De Sigoyer BP 105 Plateau Caillou 97863 Saint-Paul Cedex</p> <p>Tél : 0262 55 47 47</p>