

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.  
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

## ► LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

### ■ Vous-même

Vos nom et prénoms :

(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) :

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

Votre date de naissance :

Votre nationalité : française ☐ européenne\* ☐ autre ☐

Votre adresse :

Code Postal : Commune :

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 a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui ☐ non ☐

Si oui, vous êtes : célibataire ☐ marié(e) - en concubinage - pacsé(e) ☐ séparé(e) - divorcé(e) ☐ veuf ou veuve ☐

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

Ses nom et prénoms :

(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(s) elle en a un) :

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

Sa date de naissance :

Sa nationalité : française ☐ européenne\* ☐ autre ☐

\* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède et Suisse.

### ■ 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	Garde alternée (2)	Date de naissance	N° de sécurité sociale
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

(1) Renseignez de la manière suivante : "FRA" si vous êtes de nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "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 garde alternée.

## ► VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficie déjà du RSA	Demande Complémentaire santé solidaire en cours	Bénéficie de l'AAH (1)	Bénéficie de l'ASPA (2) ou de l'ASV (3)	Bénéficie de l'ASI (4)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Allocation aux adultes handicapés

(2) Allocation de solidarité aux personnes âgées

(3) Allocation supplémentaire vieillesse

(4) Allocation supplémentaire invalidité

## ► LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

**Ne pas remplir si vous, votre conjoint (e), concubin(e) ou partenaire PACS êtes concerné(e)s par le RSA.**

☞ **Précisez cette période des douze derniers mois :**

du        
mois année

au        
mois année

☞ **Indiquez le montant cumulé au cours de ces douze mois** (indiquez "0" en l'absence de ressources)  
(si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

	<b>Vous</b>	<b>Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS</b>	<b>Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans</b>	<b>Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans</b>
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
1 Salaires nets imposables	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
2 Derniers revenus annuels professionnels non salariés (année civile précédente)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
3 Si vous êtes micro-entrepreneur, dernier chiffre d'affaires connu (année civile précédente)				
• vente de marchandises et fourniture de logement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
• prestations commerciales et artisanales	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
• activités libérales	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
4 Percevez-vous ou avez-vous perçu des allocations chômage ou une rémunération de stage de formation professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
5 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
6 Retraites de base et complémentaire (y compris veuvage)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
7 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
8 Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
9 Etes-vous propriétaire de votre logement ou logé(e) gratuitement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
10 Ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus (par exemple : assurance vie)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
11 Autres ressources (dons, gains aux jeux ...) Précisez la nature :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € .....

☞ **Veillez nous fournir le(s) justificatif(s) suivant(s)** (Vous devez présenter les originaux ou des photocopies lisibles) :

**Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.**

Votre situation	Justificatif(s) à fournir
Votre foyer et ses ressources (pour toutes les personnes du foyer quel que soit son âge)	- Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) - Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation
Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)
Si vous avez demandé le RSA et/ou si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéfice du RSA jeune	L'(les) attestation(s) de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée(s) par la CAF ou la MSA (pour le demandeur du RSA uniquement)

## ► LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

- Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire vous devez choisir l'organisme qui sera votre interlocuteur.

Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, que vous trouverez sur le site [www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr) ou que vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous choisissez une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, votre caisse d'assurance maladie l'informera de votre choix, si vos droits à la Complémentaire santé solidaire sont reconnus, en lui transmettant les pages 3 et 4.

### BON A SAVOIR :

- Si vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire d'entreprise, vous pouvez demander à votre employeur une dispense d'adhésion à cette complémentaire pendant la durée de votre Complémentaire santé solidaire. Un courrier de demande de dispense à cette complémentaire est disponible sur le site [www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr)
- Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez les pages 3 et 4 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site [complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr)
- Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel

## ■ Comment choisir votre organisme Complémentaire santé solidaire ?

Pour faire votre choix, complétez les rubriques qui figurent ci-dessous. Mais attention, les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

**IMPORTANT :** Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme Complémentaire santé solidaire. Si lors d'une première demande, vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, vous devez la conserver.

### LAISSEZ-VOUS GUIDER :

#### ① Cochez les cases en fonction de votre situation

Avez-vous actuellement un organisme complémentaire ?

Oui ☐ Non ☐

Bénéficiez-vous actuellement de la Complémentaire santé solidaire ou de la CMU-C\* ?

Non ☐ Oui ☐

Votre organisme figure-t-il dans la liste sur le site [www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr) ?

Oui ☐ Non ☐

Quel organisme souhaitez-vous choisir pour la gestion de votre Complémentaire santé solidaire : votre caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire figurant dans la liste sur le site [www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr](http://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr) ?

Organisme complémentaire figurant dans la liste ☐ Caisse d'assurance maladie ☐

Remplissez la rubrique ② ci-dessous

Remplissez la rubrique ② ci-dessous

Vous n'avez pas besoin de remplir les rubriques ③ et ④ page 4

Pensez à dater et à signer page 4

② Nom de l'organisme gérant votre Complémentaire santé solidaire :  
Adresse :  
Code Postal :      Commune :

Passez aux rubriques ③ et ④ page 4, puis datez et signez

\* Si vous êtes bénéficiaire de l'ACS, cochez NON

► VOUS AVEZ FAIT LE CHOIX D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE FIGURANT SUR LA LISTE

③ Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (2) (si différent du demandeur)
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____/____/____	

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante

(2) Disponible sur l'attestation papier qui accompagne votre carte Vitale

④ Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau ③ qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire.

Nom et prénoms :

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

Adresse :

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

Commune : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données renseignées auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la Complémentaire santé solidaire peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

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, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

► Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du demandeur



► Si le dossier est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cachet de l'organisme

DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

- ☐ sans participation financière du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ☐ moyennant paiement d'une participation financière

Cachet de la caisse d'assurance maladie  
gérant la couverture maladie de base

