

Aide médicale de l'Etat

demande d'admission

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

notice d'utilisation

L' aide médicale de l' Etat. uk'xqvtg'u² lqwt "gp" Hicpeg'p) guv'r cu't² i wkg. 'r gw'prendtg en charge vos dépenses de santé gv egngu'f gu'r gtuqppgu'«'xqvtg'ej cti g'r qwt 'rgu'soins dkr gpués en ville et dans un établissement f g'ucp² 0Ng'f tqk'«'h)CO G. f)wpg'f wt² g'f g'34'o qku. "guv'uwdqtf qpp² "«'wpg'f qwdrg'eqpf kkp'f g't² ukf gpeg'gp" Hicpeg'5'o qku+gv'f g't guuqwt egu's wk f qkxgpv' vt g'lpf tkgwt gu'«'wp'egt vcp'ugvkn'«'eqpf kkp'pqp'gzki ² gu'r qwt 'rgu'o kpgwtu+0Uk'egu'eqpf kkp'pqp'vt go r rkgu. "xqwu serez"eqpxqs w² 'r qwt 'rc't go kug'f g'xqvtg'ect vg'f)cf o kuukqp'«'h)CO GO

le demandeur

Indiquez dans cette rubrique les renseignements concernant votre identité.

Rubrique "nom" :

indiquez votre nom, suivi s'il y a lieu, de votre nom d'époux ou d'épouse.

Rubrique "vous n'avez pas de domicile fixe" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé (Centre Communal d'Action Sociale ou association agréée).

Vous devez présenter un des **documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint, concubin et enfants) et vivent en France** :

- passeport,
- carte nationale d'identité,
- copie du titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille traduit, soit par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français, soit par le consul, en France, de votre pays ou du pays dans lequel le document a été établi,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

vos ressources et celles des personnes à votre charge

Vous résidez en France depuis plus de trois mois. Présentez un des documents ci-dessous :

- passeport indiquant la date d'entrée en France,
- copie du contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,
- avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu, à la taxe foncière ou d'habitation,
- facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois,
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez la **nature** et le **montant** de vos **ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non)**, pendant les douze derniers mois.

Exemple : si vous déposez votre demande le 23/01/2013. 'kpf ks wgl' 'rgu't guuqwt egu'r gt wvgu'f w'3gt 'o ctu'4232''cw 4: 'h'vtier 2013.

Présentez les **documents relatifs à vos ressources** en votre possession.

Précisez si vous versez des pensions alimentaires. Indiquez le montant versé pendant les douze derniers mois.

Indiquez si vous, ou les personnes à votre charge, êtes logé(e) gratuitement.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale (art. L.114-14 du Code de la sécurité sociale).

les membres de votre famille en situation régulière habitant en France

L'**aide** susceptible de vous être **apportée par les membres de votre famille** habitant en France en situation régulière (**père, mère, conjoint, enfants**) pour vous aider à payer vos dépenses de soins et de médicaments, **n'est pas prise en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat**. En revanche, après votre admission à l'aide médicale le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées au titre de l'aide médicale.

important

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, IMPERATIVEMENT, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus. Indiquez au dos de chacune des photos le nom, le prénom et la date de naissance de la personne.

demande d'aide médicale de l'Etat

(art. L.251-1 à L.252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

volet destiné
à la caisse
d'assurance maladie

le demandeur

nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)	
prénoms	date de naissance
lieu de naissance	
nationalité	Espace Economique Européen <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
adresse en France	
code postal	commune
si vous n'avez pas de domicile fixe, précisez l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile (Centre Communal d'Action Sociale, association, autre organisme agréé...) :	
avez-vous déjà demandé l'AME ? non <input type="checkbox"/> si oui <input type="checkbox"/> , année :	département :
avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non <input type="checkbox"/> si oui <input type="checkbox"/> , année :	département :

vos ressources et celles des personnes à votre charge

vous résidez en France de façon stable et permanente depuis le :

les personnes à votre charge résidant en France (conjoint, concubin, partenaire d'un PACS, enfants)			
NOM	prénom	lien de parenté	date de naissance

vos ressources et celles des personnes à votre charge

nature des ressources	montant total perçu au cours des douze derniers mois

- si vous versez des pensions alimentaires cochez la case et précisez depuis quelle date :
Indiquez, dans ce cas, le montant total versé au cours des douze derniers mois :
- si vous êtes logé(e) à titre gratuit cochez la case et précisez depuis quelle date :
- si vous percevez ou avez perçu des indemnités journalières cochez la case
- si vous percevez ou avez perçu des allocations familiales cochez la case n° d'allocataire
- si vous êtes au chômage total ou partiel lors de la demande cochez la case
- si vous êtes en arrêt de travail, ou l'avez été, pour une maladie de longue durée cochez la case

les membres de votre famille, en situation régulière, habitant en France (père, mère, conjoint, enfants)

nom et prénom	adresse	lien de parenté

vos droits

- si vous avez été assuré(e) social(e) : fournissez votre carte Vitale ou, à défaut, indiquez votre n° d'immatriculation
- si vous bénéficiez d'une couverture sociale dans votre pays cochez la case
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, êtes atteint(e) d'une maladie de longue durée : joignez l'attestation correspondante.
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, attendez un enfant : joignez le certificat médical indiquant la date présumée du début de grossesse.
- si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois cochez la case

Je, soussigné(e), 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. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (art. L252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Fait à _____, le _____ Signature du demandeur :

ci-contre, cachet de l'organisme
ainsi que les nom et coordonnées de la personne
ayant aidé le demandeur à compléter le document