

Xqwu' qwxg' 'eqo r r' vt 'eg' hto wck g' « h' » et cp. h)ko r t lo gt. 'r wku' h) gpxq{ gt '« 'xqv' g' tti cpko g' f)cuwt cpeg' b cxf lg

L'aide médicale de l'Etat, si votre séjour en France n'est pas régulier, peut prendre en charge vos dépenses de santé pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME, d'une durée de 12 mois, est subordonné à une double condition de résidence en France (3 mois minimum) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil (conditions non exigées pour les mineurs). Si ces conditions sont remplies, vous serez convoqué(e) pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

Le droit à l'AME est ouvert également pour les personnes qui se trouvent à votre charge : conjoint(e), concubin(e), partenaire d'un PACS, enfants mineurs ou enfants jusqu'à l'âge de 21 ans s'ils poursuivent des études ou sont dans l'incapacité permanente de travailler, cohabitant(e) (personne non mentionnée précédemment qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois, par exemple un neveu de 25 ans).

Le demandeur et les personnes à charge**Rubrique "Nom" :**

indiquez votre nom de famille. Il s'agit du nom de naissance suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu).

Rubrique "Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e)" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS) ou un organisme agréé, ou une attestation sur l'honneur, établie par la personne qui vous héberge.

Vous devez joindre la copie de l'un **des documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e)) et vivent en France :**

- passeport (copie de toutes les pages, y compris les vierges),
- carte nationale d'identité (copie recto verso),
- titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

Pour le(la) cohabitant(e), vous devez joindre une déclaration sur l'honneur, signée par vous-même et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois.

Votre durée de résidence en France

Vous résidez en France depuis plus de trois mois. Joignez la copie d'un des documents ci-dessous :

- passeport indiquant la date d'entrée en France (toutes les pages, même blanches),
- 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'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR), à la taxe foncière ou d'habitation,
- 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 et obligation alimentaire

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 (si vous avez plusieurs enfants, indiquez, dans la même colonne, le montant total de leurs ressources).

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

Les **ressources des membres de votre famille** habitant en France, en situation régulière (**père, mère, conjoint, enfants**), ne sont pas prises 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 à ce titre.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale ou d'autres organismes (art. L.114-12, L.114-14 et L.114-19 du Code de la sécurité sociale).

Le demandeur

Nom <small>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</small>	
Prénom(s)	Date de naissance
Nationalité : Européenne * <input type="checkbox"/> Autre pays <input type="checkbox"/>	
N° de Sécurité sociale ou d'AME <small>(si vous en avez un)</small>	
N° d'allocataire <small>(allocations familiales - si vous en avez un)</small>	
Adresse en France	N° tél. portable
Code postal	Commune
Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case <input type="checkbox"/> <i>et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice</i>	
Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non <input type="checkbox"/> si oui <input type="checkbox"/> , année _____ département : _____	

- **Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois** ► cochez la case

IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour f g p v t 2 g f c p u h f w d r i k u o g o g p v q w ' k ' r ' f c v g ' d e s s o i n s . P o u r c e l a , i l e s t n é c e s s a i r e q u e l a d e m a n d e a i t é t é p r é s e n t é e d a n s u n d é l a i d ' u n m o i s à c o m p t e r d u l q w t ' f ' g p v t 2 g f c p u h f w d r i k u o g o g p v q w ' f g ' r ' f 2 r k x t c p e g f g u ' l q h p u O N g u f t q k u ' s o n t a l o r s o u v e r t s r é t r o a c t i v e m e n t O X q u v f g x g l ' h y v t p k t ' h g u l w a h l e c v h u f g u ' l q h p u t g z m u ' k ' h j ' 1 / r k c r l q w ' g p ' x l n g ' g p ' x q v t g ' r q u u g u i k p o ' 0

Votre durée de résidence en France

- **Vous résidez en France de façon stable depuis le** _____ (joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)

Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

Vos ressources et celles des personnes à votre charge

K p f l s w g l ' h g u ' b q p w p v u ' e w o w r i u ' e w ' e q w t u f g u l f q w l g f g t p l g t u ' b q l u ' g v l q l i p g l ' h g u l w a h l e c v h u ' b g p v a p p 2 u f c p u t e ' p q v t e

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Salaires	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Pensions, retraites et rentes	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <small>Précisez la nature</small>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? <small>Si oui, depuis quelle date ?</small>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Pensions alimentaires versées	_____ €	_____ €		_____ €

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 (article L. 252-3 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 (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 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

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

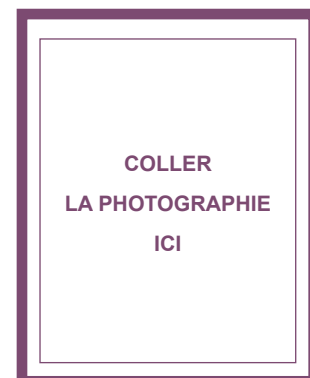
Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, **IMPERATIVEMENT**, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.

NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

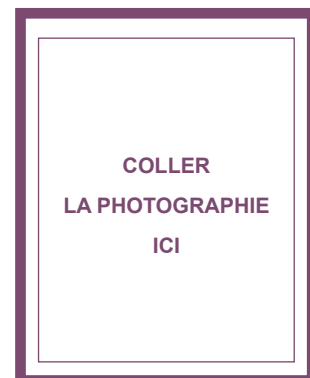
► **LE DEMANDEUR**

• Nom	<input type="text"/>
• Prénom(s)	<input type="text"/>
• Date de naissance	<input type="text"/>



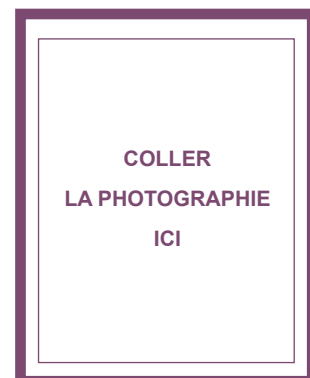
► **CONJOINT(E), PARTENAIRE D'UN PACS OU CONCUBIN*G+**

• Nom	<input type="text"/>
• Prénom(s)	<input type="text"/>
• Date de naissance	<input type="text"/>



► **ENFANT DE PLUS DE 16 ANS**

• Nom	<input type="text"/>
• Prénom(s)	<input type="text"/>
• Date de naissance	<input type="text"/>



► **ENFANT DE PLUS DE 16 ANS OU COHABITANT(E)**

• Nom	<input type="text"/>
• Prénom(s)	<input type="text"/>
• Date de naissance	<input type="text"/>

