

**DEMANDE D'AIDE A LA SOUSCRIPTION D'UNE ASSURANCE
COMPLEMENTAIRE SANTE**

Principe et conditions :

Cette prise en charge par l'Etat est ouverte aux personnes de nationalité monégasque ou à tout résident justifiant d'un titre de séjour en Principauté (minimum de 5 années de résidence consécutives à la date de la demande), sous conditions de ressources.

1 – Renseignements concernant le demandeur et les personnes vivant au foyer

Demandeur :

Nom (ou nom de jeune fille): Prénoms :

Nom d'usage :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation de famille : Célibataire - Vie Maritale - Marié(e) - Divorcé(e) - Veuf (ve)

Adresse actuelle :

.....

Téléphone : Adresse mail :

Carte d'identité ou de séjour n° valable du au

Date d'arrivée à Monaco :

Précédente Caisse Sociale :

Numéro de Matricule : Date de fin de droit :

Contrat de mutuelle santé : oui non

Personne vivant au foyer :

1) Nom (ou nom de jeune fille): Prénoms :

Nom d'usage :

Lien avec le demandeur :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Carte d'identité ou de séjour n° valable du au

Date d'arrivée à Monaco :

Précédente Caisse Sociale :

Numéro de Matricule : Date de fin de droit :

Contrat de mutuelle santé : oui non

1) Nom (ou nom de jeune fille): Prénoms :

Nom d'usage :

Lien avec le demandeur :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Carte d'identité ou de séjour n° valable du au

Date d'arrivée à Monaco :

Précédente Caisse Sociale :

Numéro de Matricule : Date de fin de droit :

Contrat de mutuelle santé : oui non

2) Nom (ou nom de jeune fille): Prénoms :

Nom d'usage :

Lien avec le demandeur :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Carte d'identité ou de séjour n° valable du au

Date d'arrivée à Monaco :

Précédente Caisse Sociale :

Numéro de Matricule : Date de fin de droit :

Contrat de mutuelle santé : oui non

3) Nom (ou nom de jeune fille): Prénoms :

Nom d'usage :

Lien avec le demandeur :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Carte d'identité ou de séjour n° valable du au

Date d'arrivée à Monaco :

Précédente Caisse Sociale :

Numéro de Matricule : Date de fin de droit :

Contrat de mutuelle santé : oui non

2 – Demande de prise en charge

1^{ère} demande renouvellement

Période :

Motivation de la demande :

.....
.....
.....

Je soussigné(e)....., certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à aviser la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales de tout changement intervenant dans ma situation durant la période de prise en charge.

Déclare avoir pris connaissance de la possibilité pour l'Office de Protection Sociale d'exercer un recours, jusqu'à concurrence de cinq années de secours, contre les bénéficiaires de prestations et d'allocations si on leur reconnaît ou s'il leur revient des ressources suffisantes.

La demande ne sera instruite qu'à compter de la date de dépôt d'un dossier complet. Aucun dossier incomplet, illisible ou non signé ne sera accepté.

Monaco, le

Signature

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

ACCORD — Aide médicale attribuée à :

- Taux :
- Taux :
- Taux :
- Taux :

A compter du : Au :

REFUS