

Réf : F15068.01

Service de l'aide médicale et des prestations
sociales
Direction provinciale de l'Action
Sanitaire et Sociale (DPASS)
17 rue Georges Clémenceau
BP U2, 98852 Nouméa cedex
Tél. 27 90 70 – Fax 27 90 90
sam@province-sud.nc

- DEMANDE D'AIDE MÉDICALE (DOSSIER ANNUEL)
 ET/OU DE MINIMUM VIEILLESSE

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de dépôt |__|_| / |__|_| / |__|_|_|_|_|_| N° aide médicale _____
Agent traitant _____ N° aide sociale _____

SITUATION DU DEMANDEUR

Madame Monsieur
Nom de naissance _____
Nom marital _____
Prénom(s) _____
Date de naissance |__|_| / |__|_| / |__|_|_|_|_|_| Lieu de naissance _____
Nationalité _____ Profession _____
 CAFAT N° _____ Mutuelle _____ Autre caisse _____
 Carte du combattant délivrée le |__|_| / |__|_| / |__|_|_|_|_|_| à _____
Contact téléphonique _____
Courriel _____ @ _____
Médecin traitant _____ Taux CRHD _____

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Union libre Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)
Nom et Prénom du conjoint, concubin ou ami(e) _____
Date de naissance |__|_| / |__|_| / |__|_|_|_|_|_| Lieu de naissance _____
Nationalité : _____ Profession : _____
 CAFAT N° _____ Mutuelle _____ Autre caisse _____
Médecin traitant _____ Taux CRHD _____
Médecin traitant des enfants _____

Nom et prénoms des enfants	Date de naissance	Taux CEJH	Scolarisé		Bourse Province			
			Oui	Non	Sud	Nord	Îles	Aucune

ATTESTATION DE RÉSIDENCE

Je soussigné(e) (*nom et prénom du demandeur*) _____

certifie sur l'honneur:

être propriétaire être locataire (*montant du loyer* _____ / mois) être hébergé ou autre _____

Résider à (*adresse complète*) _____

Depuis le ____ / ____ / _____

ainsi que conjoint(e), ami(e), enfant _____

Date d'arrivée en Nouvelle-Calédonie ____ / ____ / _____

Je réside en province Sud depuis le ____ / ____ / _____

Avant cette date mon dernier lieu de résidence était (*pays, ville*) _____

Pour les personnes installées en province Sud depuis moins de 5 ans, indiquer le motif de la venue :

Raisons de santé ou évacuation sanitaire

suivi médical sur (lieu) _____

Placement en structure spécialisée, médicale ou médicosociale (maison de retraite, foyer, famille d'accueil)

Rapprochement familial

Raisons professionnelles

Études, scolarité, retraite

Retour dans ma province d'origine

Autre (*préciser*) _____

Projet :

Je souhaite m'installer en Nouvelle-Calédonie pour _____ ans

Je souhaite m'installer définitivement en Nouvelle-Calédonie en province : Sud Nord Îles

J'atteste de l'exactitude des informations fournies

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature :

ATTESTATION D'HÉBERGEMENT (à remplir par le logeur)

Je soussigné(e) (*nom et prénom du logeur*) _____

Résidant (*adresse complète*) _____

certifie sur l'honneur loger à mon domicile mon/ma fils fille père mère ami(e) ou autre

Préciser _____

M-Mme-Mlle (*nom et prénom de la personne hébergée*) _____

Ainsi que (*nom du conjoint et/ou des enfants hébergés*) _____

Depuis le (*préciser la date*) ____ / ____ / _____

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature du logeur :

ATTESTATION DE RESSOURCES

Engagement et sanctions encourues en cas de fausse déclaration

1/ En application de l'article 441-7 du code pénal, est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende le fait :

- ⇒ d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;
- ⇒ de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ;
- ⇒ de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 300 000 F d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor Public ou au patrimoine d'autrui.

2/ Je m'engage par la présente à tenir informé, dès que j'en ai connaissance, le service de l'aide médicale de la province Sud de tout changement intervenant dans ma situation familiale, ma résidence, ma couverture sociale ou mes revenus durant la période de validité de la carte d'aide médicale qui m'est délivrée.

Faute de quoi, et à compter de la date d'intervention dudit changement, ma carte d'aide médicale pourra m'être retirée et le remboursement intégral des dépenses que la province Sud aura engagées pour la prise en charge de mes frais de santé pourra m'être demandé.

Je déclare sur l'honneur (cocher les cases vous concernant, et concernant votre conjoint(e) ou concubin(e)) :

Monsieur

Madame

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | N'avoir perçu aucun revenu, professionnel ou autre, durant ces six derniers mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Vivre de cultures et de pêches |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Être à la recherche d'un emploi |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Être salarié, stagiaire ou apprenti depuis le __ __ / __ __ / __ __ __ |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Être patenté N°RIDET _____ |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Percevoir un chômage indemnisé depuis le __ __ / __ __ / __ __ __ |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Être scolarisé (Lycéen(ne) ou étudiant(e)) |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir une aide à domicile (minimum vieillesse) de _____ / mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Bénéficiaire d'une prise en charge au titre handicap :
<input type="radio"/> plan d'aide personnalisé ou <input type="radio"/> allocation, d'un montant de _____ XPF |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir une retraite CAFAT de _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir un Complément de Retraite de Solidarité versé par la CAFAT de _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir une retraite complémentaire (IRCAFEX, HUMANIS, ARRCO, etc...) de _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir une retraite d'une autre caisse (CPS, Sécurité Sociale, etc...) _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir une rente d'accident de travail de _____ /trimestre |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir ou verser une pension alimentaire, prestation compensatoire, devoirs de secours
Montant perçu _____ /mois Montant versé _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir une pension de veuvage de _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir un revenu locatif de _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Avoir une aide au logement d'un montant de _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Que ma dernière activité rémunérée date du __ __ / __ __ / __ __ __ |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Que mon dernier chômage indemnisé date du __ __ / __ __ / __ __ __ |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Autres revenus _____ |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Être titulaire d'un ou plusieurs comptes bancaires, postaux, d'épargne
N° _____ N° _____ |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | N'avoir aucun compte bancaire, postal ou d'épargne |

Pour les demandes du Minimum Vieillesse, je certifie sur l'honneur :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Recevoir de mes enfants une aide financière de _____ /mois |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Ne recevoir aucune aide financière de mes enfants |

Service de l'aide médicale et des prestations sociales
Direction provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS)
17 rue Georges Clémenceau
BP U2, 98852 Nouméa cedex
Tél. 27 90 70 – Fax 27 90 90
sam@province-sud.nc

ATTESTATION DE SITUATION FINANCIÈRE ET PATRIMONIALE

Monsieur

Madame

<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Ressources des enfants mineurs s'il y a lieu _____
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Placement rémunérateur : Montant Intérêts mensuels _____ trimestriels _____ annuels _____
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autres ressources _____
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Emprunt(s) : Valeur _____ XPF Montant du remboursement _____ XPF
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autres charges _____
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Biens mobiliers : <input type="radio"/> Voiture (marque + modèle + année) _____ / _____ / _ _ _ _ <input type="radio"/> Bateau (taille + année) _____ m / _ _ _ _ <input type="radio"/> 2 roues à moteur (cylindrés + année) _____ cm3 / _ _ _ _
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Bien immobiliers : <input type="radio"/> Appartement(s) Nombre _____ <input type="radio"/> Maison, Surface du terrain _____ Are(s) Sur terre coutumière : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Héritage } somme perçue _____ Donation }
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Propriété : <input type="radio"/> Nombre d'hectares _____ <input type="radio"/> Surface cultivée _____ <input type="radio"/> Matériel agricole _____ <input type="radio"/> Nature du cheptel _____ <input type="radio"/> Importance du cheptel _____

Observations : _____

NB : Pour toute déclaration joindre les justificatifs

« La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit d'accès peut être exercé pendant le délai où ces informations sont gardées sous la forme nominative auprès de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale de la province Sud ».

« Quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir des prestations au titre de l'Aide Médicale et de l'Aide Sociale pourra être puni des peines prévues à l'article RT 25 du code pénal pour la 5^{ème} classe de contravention, conformément à l'article 5 de la délibération cadre n° 49 du 28.12.89. »

Toute fausse déclaration ou omission peut annuler votre demande

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues au cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes pièces justificatives complémentaires.

Fait à _____, le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature

Service de l'aide médicale et des prestations sociales
Direction provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS)
17 rue Georges Clémenceau
BP U2, 98852 Nouméa cedex
Tél. 27 90 70 – Fax 27 90 90
sam@province-sud.nc

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

La liste des documents ci-dessous est donnée à titre indicatif. Il n'est pas nécessaire de joindre l'ensemble de ces pièces.

Seuls les documents portant la mention (*), doivent être impérativement fournis pour l'étude préalable de votre dossier.

D'autres pièces pourront vous être demandées par le service en fonction de votre situation.

État civil

- Livret de famille
- Extrait de naissance de moins de 3 mois * ou à défaut et dans cette attente la carte d'identité ou le passeport
- Carte de séjour ou titre de séjour (copie complète recto/verso)
- Carte du combattant
- Certificat de position militaire ou état signalétique
- Certificat d'adoption ou délégation d'autorité parentale ou acte coutumier
- Jugement de divorce ou l'ordonnance de non conciliation ou lettre de séparation
- Carte CRHD ou décision de reconnaissance du handicap
- Autres _____

Résidence

- Quittance d'eau ou d'électricité du mois précédent + contrat de Bail *
- Si hébergé** : état civil et quittance d'électricité ou d'eau du mois précédent du logeur *
- Attestation d'aide au logement
- Demande de radiation de l'Aide Médicale et de l'aide sociale : province Iles, province Nord ou autre territoire.
- Billet d'avion ou attestation de passage de la compagnie aérienne ou maritime
- Certificat de présence ou attestation de sortie du Centre Pénitencier de Nouméa
- Autres _____

Couverture sociale

- Carte assuré Mutuelle, Assurance ou autre organisme d'assurance médicale de l'année en cours
- Prise en charge longue maladie établie par le Contrôle Médical unifié situé à la CAFAT
- Inscription et/ou du versement des cotisations R.U.A.M.M
- Certificat de grossesse + Attestation de rejet et/ou de prise en charge par la CAFAT (service maladie et/ou maternité)
- Maintien de droits CAFAT
- Demande de changement de médecin traitant
- Autres _____

Ressources

- Six dernières** fiches de paye de l'année en cours * Mme Mr de _____ à _____
- Contrat de travail /formation ou autres _____
- Certificat de travail avec dates d'embauche et débauche _____
- Attestation du solde de tout compte
- Certificat de scolarité de l'année en cours
- Attestation du bénéfice d'une bourse
- Décompte des indemnités journalières CAFAT en cas d'arrêt maladie – accident ou maternité
- Décision d'admission / suspension / réadmission au chômage
- Justificatifs de l'allocation pour handicap
- Attestation de retraite CAFAT /CRE / CPS / Sécurité Sociale ou autres
- Décision d'admission / rejet au CRS
- Six derniers** relevés bancaires - postaux (compte courant et/ou épargne) de l'année en cours *
 Mme Mr de _____ à _____
- Autres revenus (pensions alimentaires, veuvage, revenus locatifs, indemnités diverses, intérêts liés au placement etc...)
- État sur inscription et transcription de moins de 3 mois délivré par le Service des Hypothèques de Nouméa
- Compte d'exploitation à remplir
- Patente (inscription, radiation, réinscription R.I.D.E.T)
- Déclaration des impôts et avis d'imposition _____
- Justificatifs des factures professionnelles des dépenses et recettes sur les 6 derniers mois
- Déclarations d'abattage, de vente de produits agricoles, produits de la mer, etc.
- Autres _____

Minimum vieillesse

- Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (R.I.B ou R.I.P) *
- État sur transcription de moins de 3 mois délivré par le Service des Hypothèques de Nouméa

Service de l'aide médicale et des prestations sociales
Direction provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS)
17 rue Georges Clémenceau
BP U2, 98852 Nouméa cedex
Tél. 27 90 70 – Fax 27 90 90
sam@province-sud.nc

PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

Agent traitant _____

Agent traitant _____

Date |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Date |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Observations

Avis de l'enquêteur ou du travailleur social

Fait à _____, le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Décision de la commission d'admission (Délibération N° 22-2001/APS/du 26/07/01) :

Admission Rejet

Observations

Fait à _____, le |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|