RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PROVINCE SUD
NOUVELLE-CALÉDONIE

Date de dépôt : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Direction provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS)
Service de l'aide médicale et des prestations sociales
17, rue Georges Clémenceau
BP U2, 98852 Nouméa Cedex
Tél. 20.52.52

☐ DEMANDE D'AIDE MÉDICALE
☐ DEMANDE DE MINIMUM VIEILLESSE
☐ DEMANDE DE BOURSES SCOLAIRES

Retourner le dossier complet rapidement pour bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé

DEMANDEUR OU DEMANDEUSE	CONJOINT OU CONJOINTE
Identité	
Civilité : ○ Madame ○ Monsieur	Civilité : ○ Madame ○ Monsieur
Nom de naissance : _____	Nom de naissance : _____
Nom marital : _____	Nom marital : _____
Prénoms : _____	Prénoms : _____
Né(e) le :_____ à _____	Né(e) le _____ à _____
Nationalité : _____	Nationalité : _____
N° de téléphone fixe : _____	N° de téléphone fixe : _____
N° de téléphone mobile : _____	N° de téléphone mobile : _____
Courriel :_____ _____	Courriel :_____ _____
Situation familiale	
O Célibataire O Marié/pacsé O Union libre O Séparé O Divorcé O Veuf(ve)	O Célibataire O Marié/pacsé O Union libre O Séparé O Divorcé O Veuf(ve)
Information sociale	
O CAFAT n°_____	O CAFAT n°_____
O Mutuelle n°_____ nom_____	O Mutuelle n°_____ nom_____
O autre caisse n°_____ nom _____	O autre caisse n°_____ nom _____
O Taux CRHD _____	O Taux CRHD _____
O Plan d'Accompagnement Personnalisé	O Plan d'Accompagnement Personnalisé
O Carte du combattant n°____ _____	O Carte du combattant n°____ _____
Situation professionnelle – Déclaration sur l'honneur	
1- Être sans activité	
O N'avoir aucun revenu, professionnel ou autre durant les 6 derniers mois O Vivre de cultures et de pêche O Être à la recherche d'un emploi	O N'avoir aucun revenu, professionnel ou autre durant les 6 derniers mois O Vivre de cultures et de pêche O Être à la recherche d'un emploi
2- Être en activité	
O Être salarié/ stagiaire / apprenti depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| O Patenté depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| O Chômeur indemnisé depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| O Lycéen/Etudiant depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|	O Être salarié/ stagiaire / apprenti depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| O Patenté depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| O Chômeur indemnisé depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Lycéen/Étudiant depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
3- Être pensionné / retraité	
O Avoir une retraite CAFAT/Réversion/CRS O Avoir une retraite complémentaire (CRE IRCAFEX HUMANIS ARCCO…) O Avoir une retraite d'une autre caisse (CPS/Sécurité sociale…) O Avoir une rente d'accident de travail _____F O Percevoir une pension alimentaire / prestation compensatoire / devoir de secours (aide familiale) _____F O Verser une pension alimentaire / prestation compensatoire / devoir de secours (aide familiale)_____F	O Avoir une retraite CAFAT/Réversion/CRS O Avoir une retraite complémentaire (CRE IRCAFEX HUMANIS ARCCO…) O Avoir une retraite d'une autre caisse (CPS/Sécurité sociale…) O Avoir une rente d'accident de travail _____F Percevoir une pension alimentaire / prestation compensatoire / devoir de secours (aide familiale) _____F O Verser une pension alimentaire / prestation compensatoire / devoir de secours (aide familiale) _____F

4- Autres ressources

O Percevoir un revenu locatif _____F O Bénéficier d'une aide au logement _____F	O Percevoir un revenu locatif _____F O Bénéficier d'une aide au logement _____F

Situation financière et patrimoniale

O Placement rémunérateur (montant de l'intérêt) _____F mensuel / trimestriel / annuel	O Placement rémunérateur (montant de l'intérêt) _____F mensuel / trimestriel / annuel
Emprunt (s) : Valeur _____F Montant du remboursement _____F	Emprunt (s) : Valeur _____F Montant du remboursement _____F

Attestation de résidence

J'atteste être : O Propriétaire O Locataire O Hébergé depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|	J'atteste être : O Propriétaire O Locataire O Hébergé depuis le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Adresse de résidence _____

_____

_____

Adresse postale (O Identique à l'adresse de résidence)

_____

_____

Date d'arrivée en Nelle-Calédonie : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Date d'arrivée en Province Sud : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|	Date d'arrivée en Nelle-Calédonie : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Date d'arrivée en Province Sud : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
Avant cette date mon dernier lieu de résidence était : _____	Avant cette date mon dernier lieu de résidence était : _____
Pour les personnes venues s'installer en province sud, indiquer le motif : O Raisons de santé O Evacuation sanitaire O Suivi médical O Placement en structure spécialisée, médicale ou médico-sociale O Rapprochement familial O Raisons professionnelles O Etudes/scolarité/retraite O Retour dans ma province d'origine	Pour les personnes venues s'installer en province sud, indiquer le motif : O Raisons de santé O Evacuation sanitaire O Suivi médical O Placement en structure spécialisée. Médicale ou médico-sociale O Rapprochement familial O Raisons professionnelles O Etudes/scolarité/retraite O Retour dans ma province d'origine
Projet de vie : O Installation en Nouvelle-Calédonie pour ____an(s) O Installation en province O Sud O Nord O Iles pour ____ an(s)	**Projet de vie :** O Installation en Nouvelle-Calédonie pour ____an(s) O Installation en province O Sud O Nord O Iles pour ____ an(s)

Attestation d'hébergement à compléter par le logeur

Je soussigné (e) (nom, prénom du logeur) _____

Résidant _____

_____

Certifie sur l'honneur héberger à mon domicile :

Parents	Enfants	Petits enfants	Autre (ami, belle-fille, beau-fils etc.) :
O mon père O ma mère Préciser les noms et prénoms	O mon fils O ma fille Préciser les noms et prénoms _____	O mon petit -fils O ma petite- fille Préciser les noms et prénoms _____	Préciser _____

Depuis le \|__\|__\| / \|__\|__\| / \|__\|__\|__\|__\|

Signature du logeur :

Informations bancaires

Nombre de comptes détenus par le demandeur _____ par le co-demandeur _____ Notez ici les informations du compte principal sur lequel l'aide devra être versée : Nom de l'établissement bancaire_____

Libellé du compte _____

N° de compte : |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

N° de compte : |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Pour les demandeurs de l'aide sociale aux personnes âgées ou des bourses scolaires : joindre obligatoirement un RIB ou RIP (relevé d'identité bancaire ou postal du demandeur, correspondant à un compte courant) Seul le compte épargne postal est accepté. Le paiement par mandat postal n'est plus possible.
***Sans RIB ou RIP, nous ne pouvons pas effectuer de paiement et le dossier est considéré comme INCOMPLET**.*

Informations sur les enfants du demandeur et du co-demandeur
(mineurs et majeurs, scolarisés, étudiants, salariés, autres)

	Nom	Prénom	Né le	Si handicap indiquer le taux %	Situation familiale (célibataire, marié, pacsé, union libre, séparé, divorcé, veuf)	Situation scolaire		Situation professionnelle (salarié, patenté, apprenti, chômage indemnisé, etc…)
						Boursier Sud, Nord, Iles.	Classe	
1			__/_ _/____					
2			__/_ _/____					
3			__/_ _/____					
4			__/_ _/____					
5			__/_ _/____					
6			__/_ _/____					
7			__/_ _/____					
8			__/_ _/____					
9			__/_ _/____					
10			__/_ _/____					
11			__/_ _/____					
12			__/_ _/____					
13			__/_ _/____					
14			__/_ _/____					
15			__/_ _/____					

Pour plus de renseignements, vous pouvez nous contacter aux adresses suivantes :

*pour l'aide médicale : **https://www.province-sud.nc/demarches/aide-medicale***

*pour le minimum vieillesse : **https://www.province-sud.nc/demarches/minimum-vieillesse***

*pour les bourses scolaires : **https://www.province-sud.nc/demarches/bourses-scolaires***

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je suis informé(e) que :

Extraits du code pénal

« Article 441-6 :

Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou par un organisme chargé d'une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende (soit 3 579 952 francs).
Est puni des mêmes peines le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.

Article 441-7 :

Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (soit 1 789 976 francs) le fait :
1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;
2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;
3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.
Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende (soit 5 369 928 francs) lorsque l'infraction est commise soit en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui, soit en vue d'obtenir un titre de séjour ou le bénéfice d'une protection contre l'éloignement. »

Extraits de la délibération cadre modifiée du Congrès n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales :

Article 5 « Sans préjudice des poursuites en restitution, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir, notamment par des renseignements incomplets ou erronés, des prestations au titre de l'aide médicale et des aides sociales, ou une majoration du montant de ces prestations, sera passible d'une amende de 596 000 francs CFP. Cette peine peut être doublée en cas de récidive dans le délai de trois ans. »

Extraits de la délibération cadre modifiée du Congrès n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales :

Article 5 « Sans préjudice des poursuites en restitution, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir, notamment par des renseignements incomplets ou erronés, des prestations au titre de l'aide médicale et des aides sociales, ou une majoration du montant de ces prestations, sera passible d'une amende de 596 000 francs CFP. Cette peine peut être doublée en cas de récidive dans le délai de trois ans. »

Article 17 : *Pour la garantie des recours prévus à l'article 16 de la présente délibération, les immeubles du bénéficiaire de l'aide médicale sont grevés d'une hypothèque dont l'inscription est requise par le Président de la province à la diligence de la DPASS*

Article 25 : *les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 203 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer au demandeur et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité à couvrir la totalité des frais »*

Demandeur ou demandeuse

Je soussigné (e)

Nom : _____

Prénoms : _____

Déclare sur l'honneur que les renseignements indiqués dans ce dossier sont exacts et que j'ai pris connaissance de la règlementation sur les conditions d'octroi de l'aide médicale et/ou des aides sociales

Fait à : _____ le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

☐ Je demande que ce dossier et ses pièces justificatives soient transmis au Bureau des Bourses et Aides Scolaires de la province Sud

Signature :

Conjoint ou conjointe

Je soussigné (e)

Nom : _____

Prénoms : _____

Déclare sur l'honneur que les renseignements indiqués dans ce dossier sont exacts et que j'ai pris connaissance de la règlementation sur les conditions d'octroi de l'aide médicale et/ou des aides sociales

Fait à : _____ le |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Signature :

« Dites-le nous une fois » *Pour simplifier vos démarches administratives et éviter de communiquer à nouveau les mêmes renseignements pour instruire d'autres demandes que vous pourriez effectuer (demande de bourses scolaires, demande d'aide au logement…), la province Sud vous informe que certains éléments de ce dossier peuvent être communiqués à ces services. Les éléments seront transmis dans le strict respect des règles concernant la protection des données personnelles*

IMPORTANT !
L'ouverture des droits est dépendante de la date de dépôt du dossier complet.



Pour une première demande, les droits sont ouverts à la date du dépôt du dossier complet



Le renouvellement de la carte doit être effectué 1 mois avant sa date d'expiration pour éviter les ruptures de droits.



Dossier incomplet : un courrier est adressé avec la liste des pièces manquantes.



Un dossier restant incomplet sera classé sans suite



Si vous ne remplissez pas les critères d'admission, un courrier de rejet vous sera adressé

à/c 01/05/2022	
Plafond de ressources mensuelles à ne pas dépasser	
1 personne	134 669
2 personnes	161 603
3 personnes	188 537
4 personnes	215 470
5 personnes	242 404
6 personnes	269 338
7 personnes	296 272
8 personnes	323 206
9 personnes	350 139
10 personnes	376 756

Carte A
Délivrée au demandeur n'étant pris en charge par aucune autre couverture sociale.
Le bénéficiaire a accès en tiers payant aux prescripteurs du secteur public :
- Centres Médico-Sociaux
- Unités Provinciales d'Actions Sanitaires et Sociales
- Centres de Soins CAFAT

En cas d'absence de structure sanitaire à proximité de son domicile, l'usager pourra se rendre auprès d'un médecin ayant passé une convention avec la province Sud.
- Prescripteurs libéraux lorsqu'ils sont conventionnés avec la province Sud (voir liste)
- Hospitalisation en secteur public uniquement

Sauf exonération, un ticket modérateur de 10% reste à la charge du détenteur de la carte.

Carte B
Délivrée au demandeur bénéficiant de la couverture sociale CAFAT en première caisse.
- Le bénéficiaire a accès en tiers payant à tous les prescripteurs publics et privés

Sauf exonération, un ticket modérateur de 10% reste à la charge du détenteur de la carte
- Hospitalisation autorisée dans tous les secteurs

En cas de consultation ayant trait à une prise en charge en longue maladie CAFAT, l'usager doit payer 10% de ticket modérateur au prescripteur au titre du plan de redressement du RUAMM depuis le 1er juillet 2020.

Carte B Mut
Délivrée au demandeur bénéficiant d'une couverture sociale complémentaire (Mutuelle).
- Le bénéficiaire a accès en tiers payant à tous les prescripteurs publics et privés

Sauf exonération, un ticket modérateur de 10% reste à la charge du détenteur de la carte
- Hospitalisation en secteur public uniquement

Carte M
Délivrée pour une prise en charge de la grossesse uniquement. La personne titulaire de cette carte peut s'adresser :
- Prescripteurs du secteur public
- Prescripteurs libéraux lorsqu'ils sont conventionnés avec la province Sud (voir liste)
- Hospitalisation en secteur public uniquement

Le taux de prise en charge est de 100%

Carte C
Délivrée au demandeur bénéficiant d'une carte d'ancien combattant
Le taux de prise en charge est de 100% pour le bénéficiaire et de 90% pour ses ayants droits
Accès public ou privé spécifié sur la carte, selon la couverture principale ou complémentaire de l'usager



L'ouverture des droits est dépendante de la date de dépôt du dossier jugé complet.
Le bureau de l'aide médicale et des prestations sociales (SAMPS) se réserve le droit de réclamer tout justificatif complémentaire nécessaire au traitement de votre demande.

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- Justificatif obligatoire
- Justificatif supplémentaire en fonction de la situation

CRITERES	PIECES JUSTIFICATIVES	PREMIERE DEMANDE *Justificatifs à fournir pour une **première demande***	RENOUVELLEMENT *Justificatifs à fournir pour un **renouvellement**.*
Centre des intérêts matériels et moraux	**Pour le demandeur et son conjoint :** - Extrait de naissance - Carte d'identité ou passeport - Tout justificatif permettant d'établir la résidence en province Sud **Si arrivée récente en Nouvelle Calédonie :** - Billet d'avion ou attestation de transport délivrée par la compagnie aérienne/maritime - Tout document prouvant la cause principale de la venue (rapprochement familial, maladie, mission professionnelle ou religieuse…) **Ressortissant étranger :** - Carte de séjour et/ou carte de résident en cours de validité.	X	Uniquement si changement dans l'année (ex : renouvellement de passeport ou nouvelle carte de séjour)
Résidence de rattachement	**Si propriétaire :** - Acte de propriété - Facture au nom du demandeur, du mois précédent (quittance de loyer, d'électricité ou d'eau) **Si locataire :** - Bail locatif - Facture au nom du demandeur, du mois précédent (quittance de loyer, d'électricité ou d'eau) **Si logé par un tiers :** - Une pièce d'identité du logeur + une facture du mois précédent à son nom	X	Uniquement si changement dans l'année (ex : déménagement)
Situation familiale	- Un extrait de naissance datant de moins de 3 mois de chaque enfant à charge du foyer ; à défaut, le(s) livret(s) de famille complets - Un certificat de scolarité pour chaque enfant à charge - Attestation de bourse si étudiant en études supérieures	X	Uniquement si changement dans l'année (ex : naissance, divorce, nouvelle décision…)
	Si séparation ou divorce des parents : - Une décision de justice fixant les modalités de séparation et/ou la résidence du/des enfant(s)	X	
	Si handicap: - L'attestation de reconnaissance de la situation indiquant le taux par la CEJH-NC ou la CHRD ainsi que le plan d'accompagnement personnalisé PAP	X	
	Cas spécifiques : - Délégation d'autorité parentale en cours de validité ou un acte coutumier - Acte d'adoption - Décision de mise sous tutelle - Attestation de placement - Ordonnance de placement chez un tiers digne de confiance - Un courrier du service social attestant de la situation de l'enfant, de sa famille et/ou du foyer - Carte du combattant - Certificat de position militaire	X	
Situation financière *Les personnes demandant le bénéfice des aides provinciales doivent fournir les renseignements et pièces relatifs à leur cas particulier.* *Les ressources à justifier concernent le demandeur et le conjoint.*	- Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition, et la déclaration des revenus de l'année. - Les relevés de comptes des 6 derniers mois - Les indemnités maladie/maternité/chômage/veuvage perçues les 6 derniers mois. - Certificat de placement sous écrous/billet de sortie	X	X
	Si salarié : - Les bulletins de salaire pour la période couvrant les 6 derniers mois - Le contrat de travail - Solde de tout compte	X	X
	Si travailleur indépendant (patenté, formation libérale…) : - L'inscription et/ou radiation au Répertoire d'identification des établissements (RIDET) - L'avis d'imposition relatif à la patente - Le justificatif dépenses/recettes des 6 derniers mois - Le justificatif d'inscription et de cotisation au RUAMM		
	- Le montant des loyers et autres redevances immobilières perçus au cours des 6 derniers mois, accompagné de l'avis d'imposition relatif à la contribution foncière - Le montant des ressources mobilières perçues au cours des 6 derniers mois	X	X
	Sans emploi : - Décision d'admission/suspension/réadmission au chômage - Attestation de pointage en tant que demandeur d'emploi	X	X
	Si retraité : - L'état récapitulatif des pensions de retraites (principale et complémentaires) perçues lors des 6 mois précédant la demande (locales et hors NC) - Admission ou rejet du complément retraite de solidarité (CRS) - Pensions de réversion en cas de veuvage	X	X
	Pour le minimum vieillesse : - Les formulaires d'engagement à la participation financière remplis par chacun de vos obligés alimentaires, accompagnés de leur dernier avis d'imposition et du livret de famille ou à défaut pièce d'identité	X	-
Coordonnées bancaires	- Un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) d'un compte courant au nom du demandeur ; à défaut un relevé d'un compte épargne de l'OPT	X	Uniquement si changement dans l'année