

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. 20 52 52 – Fax 20 47 79

## DEMANDE D'AIDE MÉDICALE (RENOUVELLEMENT)

### CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de dépôt |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

N° aide sociale \_\_\_\_\_

N° aide médicale \_\_\_\_\_

Agent traitant \_\_\_\_\_

Taux CRHD \_\_\_\_\_

### SITUATION DU DEMANDEUR

Madame       Monsieur

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom marital \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| Lieu de naissance \_\_\_\_\_

### JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE

**Si hébergé** : état civil et quittance d'électricité ou d'eau du mois précédent du logeur

**Six dernières** fiches de paye de l'année en cours

Mme  Mr de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Décompte des indemnités journalières CAFAT en cas d'arrêt maladie – accident ou maternité

Décision d'admission / suspension / réadmission au chômage

**Six derniers** relevés bancaires - postaux (compte courant et/ou épargne) de l'année en cours

Mme  Mr de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Justificatif du versement des cotisations R.U.A.M.M de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Justificatifs des factures professionnelles des dépenses et recettes sur les 6 derniers mois

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_