cerfa

N° 52269#(xx)

Demande de Complémentaire santé solidaire (C2S)

NOTICE

Avec la C2S :

- vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, le dentiste, le pharmacien, à l'hôpital, etc.,
- vous bénéficiez de tarifs sans dépassement d'honoraires chez les médecins,
- la plupart des lunettes, prothèses dentaires et auditives sont intégralement prises en charge.

En fonction de vos ressources, une participation financière peut être due. Le montant de cette participation varie selon l'âge de chaque personne du foyer au 1er janvier de l'année d'attribution.

Conditions pour bénéficier de la C2S :

Pour bénéficier de la C2S, vous et les membres majeurs de votre foyer devez :

- bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé par l'assurance maladie ou maternité en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France (protection universelle maladie),
- avoir des ressources qui ne dépassent pas le plafond fixé annuellement,
- si vous avez déjà eu la C2S avec participation financière, être à jour de vos paiements de participation ou être en cours de régularisation.

Comment remplir votre demande ?

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER (p1)

Le droit à la C2S est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer. Vous devez donc renseigner les informations concernant chaque membre du foyer qui se compose de :

- vous-même,
- votre conjoint(e), votre concubin(e), ou partenaire dans le cadre d'un PACS,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, âgés de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue :
  - qui vous sont fiscalement rattachés,
  - ou qui ont fait leur propre déclaration de revenus mais qui vivent sous votre toit,
  - ou qui perçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire),
- des autres personnes de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue, qui vous sont rattachées fiscalement (ou à votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS)

La personne de moins de 25 ans doit faire une demande individuelle si :

- elle ne vit plus chez ses parents au moment de la demande et a effectué personnellement une déclaration de revenus ou s'engage sur l'honneur à en établir une, en son nom propre, pour l'année à venir et ne perçoit pas de pension alimentaire de la part de ses parents soumise à déduction fiscale ou s'engage sur l'honneur à ne plus la recevoir pour l'année à venir.
- elle vit en couple (marié(e), concubin(e) ou partenaire PACS) et qu'elle n'est plus considérée comme à charge ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge.

Exemples :

- si l'un de vos enfants âgé de 22 ans habite chez vous et a un enfant, il doit faire une demande avec son enfant,
- si vos parents vivent sous votre toit, ils doivent faire une demande pour eux deux.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES (p1)

Dans cette rubrique, vous devez indiquer si vous ou un membre de votre foyer bénéficiez du revenu de solidarité active (RSA) ou en avez fait la demande, de l'allocation adultes handicapés (AAH), de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV), ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER (p2)

Vous devez déclarer toutes les ressources, perçues par vous-même et les membres de votre foyer, en France ou à l'étranger. Vous n'avez pas à déclarer les ressources suivantes, non prises en compte lors de l'étude de votre demande :

- le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité,
- certaines prestations familiales : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et le complément de libre choix du mode de garde, l'allocation versée en cas de décès d'un enfant et les indemnités destinées à l'entretien de l'enfant versées aux assistantes maternelles,
- certaines prestations liées à la dépendance : la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne, les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation du handicap, l'allocation compensatrice pour tierce personne, l'allocation personnalisée d'autonomie, l'allocation journalière de présence parentale, l'allocation journalière du proche aidant et l'allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie,
- certaines prestations liées à la maladie, à la maternité ou au décès : les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salarié(e)s, le capital décès versé par un organisme de sécurité sociale ou les sommes versées en cas de décès par un régime d'assurance chômage,
- autres prestations notamment : les bourses d'études et les bourses visant à favoriser la diversité dans la fonction publique, les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les indemnités et allocations versées aux volontaires en service civique, les indemnités pour pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites ou d'actes de barbarie durant la seconde guerre mondiale, l'allocation de reconnaissance et l'allocation viagère versées aux conjoints d'anciens combattants de la guerre d'Algérie, l'aide personnalisée de retour à l'emploi, l'aide financière d'urgence versée à une victime de violences conjugales et l'allocation du contrat d'engagement jeune,
- les revenus du capital qui ne sont pas imposables : livret A, livret jeune, livret développement durable par exemple.

NOTICE *(suite)*

Vous êtes allocataire du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) :

- En tant qu'allocataire du RSA, vous bénéficiez automatiquement de la C2S. Ce formulaire nous permet de recueillir la composition de votre foyer et le choix de l'organisme gestionnaire de la C2S.
- En tant qu'allocataire de l'ASI ou de l'ASPA vous, ainsi que, le cas échéant, votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, êtes réputés remplir les conditions d'attribution de la C2S moyennant paiement d'une participation financière, uniquement si aucun d'entre vous n'a exercé d'activité professionnelle les 3 mois civils précédant le dépôt de votre demande.

Dans ces deux situations, **vous n'avez pas à compléter la rubrique "ressources" page 2.**

- **Pour le calcul de votre droit à la C2S, nous utilisons les données déclarées par les organismes qui vous versent vos rémunérations, salaires, revenus de remplacement et/ou prestations sociales, ainsi que celles issues de votre avis d'imposition transmises par l'administration fiscale. Vous n'avez pas à déclarer leur montant.**

  Dans certains cas, il vous sera demandé de cocher les cases nécessaires. Vous pouvez retrouver sur le site www.mesdroitssociaux.gouv.fr les informations vous concernant.

  En adressant votre demande de C2S, vous acceptez l'utilisation de ces informations pour l'instruction de votre demande.

- **Vous trouverez, ci-dessous des précisions pour vous aider à compléter la rubrique "Ressources" de votre demande de C2S. Reportez-vous pour cela au numéro de la rubrique "Ressources" correspondant sur le formulaire.**

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été perçues au cours de la période des 12 mois civils précédant l'avant-dernier mois de la demande.

{ Par exemple, pour une demande faite en juin 2024, les ressources à déclarer sont celles perçues sur la période de 12 mois allant du mois de mai 2023 au mois d'avril 2024.

1. Si vous êtes travailleur non salarié (agricole ou non agricole) et que vous avez déjà déclaré des revenus au titre de cette activité, ceux-ci seront pris en compte selon votre dernier avis de situation déclarative ou avis d'imposition connu.

   Si vous débutez votre activité non salariée (agricole ou non agricole) et que vous n'avez pas encore déclaré de revenus d'activité : indiquez le montant du chiffre d'affaires hors taxe des quatres trimestres civils précédant votre demande. Pour les gérants de société indiquez, selon votre situation, soit le montant de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande, soit la part de bénéfice correspondante sur la même période. Dans tous les cas de début d'activité, joignez un justificatif.

2. Déclarez vos indemnités exceptionnelles non imposables.

3. Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer êtes en arrêt de travail depuis plus de 6 mois au titre de la maladie, au chômage indemnisé (ou en situation de l'être) total ou partiel, ou si vous percevez l'allocation de solidarité spécifique ou une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

4. Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer percevez ou avez perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

5. Indiquez si vous percevez des prestations familiales et/ou des aides au logement versées par la CAF ou la MSA.

6. Indiquez si vous êtes propriétaire de votre logement ou si vous êtes logé(e) gratuitement : un montant forfaitaire sera ajouté aux ressources que vous nous déclarez.

7. Déclarez le montant des sommes placées qui n'ont pas produit de revenus au cours de la période de référence : par exemple assurance vie, actions n'ayant pas généré de revenus etc. Ce montant sera pris en compte à hauteur de 3% de sa valeur.

8. Autres ressources : déclarez ici vos autres ressources par exemple : les aides financières versées régulièrement par une institution, l'allocation de demande d'asile, etc.

Important : toute rentrée d'argent, même si elle n'est pas imposable, est considérée comme une ressource et doit être déclarée (ex : gains aux jeux, dons familiaux, sommes perçues en héritage non placées et versées sur un compte courant, etc...).

Les produits de placement soumis à l'impôt ne sont pas à mentionner dans l'imprimé, il en est de même pour les revenus du patrimoine. Ils sont pris en compte selon les informations qui nous sont transmises directement par l'administration fiscale.

En revanche, si vous possédez un bien ou un terrain qui n'est pas loué, une valeur locative sera intégrée dans vos ressources. Pensez alors à nous fournir l'avis de taxe foncière et l'avis de taxe d'habitation correspondant à ce bien.

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ? Vous bénéficiez du droit à l'erreur

Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur.

Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, ou nous rencontrer, vous pouvez prendre contact avec :

- Votre caisse d'assurance maladie CPAM/CGSS : par téléphone au 3646 (service gratuit + prix appel) ou consulter le site www.ameli.fr
- Votre caisse de MSA : par téléphone ou consultez le site www.msa.fr

Vous pouvez également vous adresser à la mairie, aux services sociaux, à une association et consulter le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

cerfa

N° 12504*(xx)

Demande de Complémentaire santé solidaire (C2S)

(articles L.861-1 et suivants, articles R.861-2 et suivants du Code de la sécurité sociale)

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

▪ Vous-même

Vos nom et prénoms : .....
(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre n° de sécurité sociale *(si vous en avez un)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Votre n° de dossier CAF *(allocations familiales. si vous en avez un)* : ☐☐☐☐☐☐☐

Votre date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Votre nationalité : française ☐ **européenne*** ☐ **autre** ☐

Votre adresse : .....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ **Commune :** .....

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile
(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) : .....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ **Commune :** .....

▪ Votre situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui ☐ non ☐

Si oui, vous êtes : célibataire ☐ **marié(e) - en concubinage - pacsé(e)** ☐ **séparé(e) - divorcé(e)** ☐ **veuf ou veuve** ☐

▪ Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms : .....
(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de sécurité sociale *(s'il(si elle) en a un)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Son n° de dossier CAF *(allocations familiales, s'il(si elle) en a un)* : ☐☐☐☐☐☐☐

Sa date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Sa nationalité : française ☐ **européenne*** ☐ **autre** ☐

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Slovénie, Suède et Suisse.

▪ Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue
(y compris les bénéficiaires du RSA jeune)

Nom et prénom	Nationalité (1)	Lien de parenté	Garde alternée (2)	Date de naissance	N° de sécurité sociale
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐
			☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

(1) *Renseignez de la manière suivante : "FRA" si vous êtes de nationalité française. "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.*

(2) *Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en garde alternée.*

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficie déjà du RSA	Bénéficie de l'AAH (1)	Bénéficie de l'ASPA (2) ou de l'ASV (3)	Bénéficie de l'ASI (4)
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐

(1) *Allocation aux adultes handicapés* (2) *Allocation de solidarité aux personnes agées* (3) *Allocation supplémentaire vieillesse* (4) *Allocation supplémentaire d'invalidité*

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Ne tenez pas compte de cette page relative aux ressources si vous êtes bénéficiaire de l'ASI ou de l'ASPA (sauf si vous ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS avez exercé une activité professionnelle au cours des 3 derniers mois), ou si vous êtes allocataire du RSA.

☞ **Précisez cette période de douze mois :**

du ⌴⌴ (mois) ⌴⌴⌴⌴ (année)

au ⌴⌴ (mois) ⌴⌴⌴⌴ (année)

☞ *Indiquez le montant cumulé au cours de la période de 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande*
(indiquez "0" en l'absence de ressources) (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
❶ Revenus professionnels non salariés agricoles ou non agricoles en début d'activité - chiffre d'affaires hors taxe des quatre derniers trimestres civils précédant la demande : • vente de marchandises et fourniture de logement	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
• prestations commerciales et artisanales	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
• activités libérales	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
• activités agricoles	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
- Pour les gérants de société : • rémunération ou part de bénéfice	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
❷ Rémunérations diverses : - Indemnités exceptionnelles non imposables	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
❸ Actuellement : - Etes-vous en arrêt de travail depuis plus de 6 mois au titre de la maladie ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
- Etes-vous au chômage indemnisé (total ou partiel) ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
- Percevez-vous l'allocation de solidarité spécifique ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
- Percevez-vous une rémunération de stage de formation professionnelle ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
❹ Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
❺ Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
❻ Etes-vous propriétaire de votre logement ou logé(e) gratuitement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
❼ Ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus (par exemple : assurance vie)	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
❽ Autres ressources (dons, gains aux jeux ...) Précisez la nature :	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ € _____	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ € _____	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ € _____	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ € _____

☞ ***Veuillez nous fournir le(s) justificatif(s) suivant(s)*** *(Vous devez présenter les originaux ou des photocopies lisibles) :*

Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.

Votre situation	Justificatif(s) à fournir
Votre foyer et ses ressources (pour toutes les personnes concernées du foyer)	- Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) - Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation
Si vous avez résidé à l'étranger au cours de la période de référence	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)

▶ LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

- **Pour bénéficier de la C2S vous devez choisir l'organisme qui sera votre interlocuteur.**

Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant à la C2S, que vous trouverez sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ou que vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous choisissez une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, votre caisse d'assurance maladie l'informera de votre choix, si vos droits à la C2S sont reconnus, en lui transmettant les informations figurant en pages 3 et 4.

BON A SAVOIR :

- *Si vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire d'entreprise, vous pouvez demander à votre employeur une dispense d'adhésion à cette complémentaire pendant la durée de votre C2S. Un courrier de demande de dispense à cette complémentaire est disponible sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr*
- *Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez les pages 3 et 4 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr*
- *Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la C2S et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la C2S, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel*

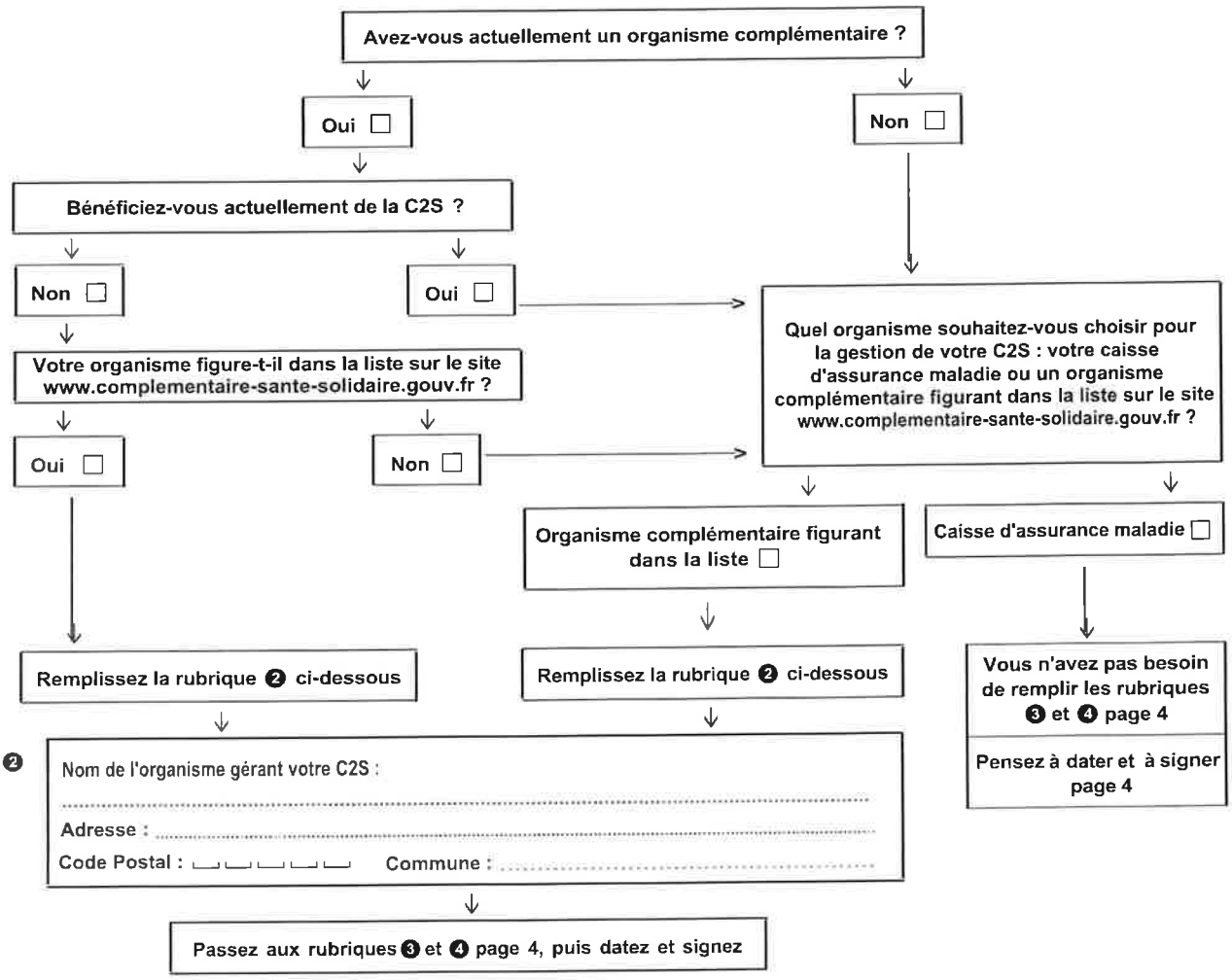
- **Comment choisir votre organisme C2S ?**

Pour faire votre choix, complétez les rubriques qui figurent ci-dessous. Mais attention, les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

IMPORTANT : Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme C2S. Si lors d'une première demande, vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme figurant dans la liste des organismes participant à la C2S, vous devez la conserver.

LAISSEZ-VOUS GUIDER :

❶ *Cochez les cases en fonction de votre situation*



▶ VOUS AVEZ FAIT LE CHOIX D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE FIGURANT SUR LA LISTE

❸ Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (2) (si différent du demandeur)
		☐	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	
		☐	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	
		☐	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	
		☐	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	
		☐	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	
		☐	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊	

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante

(2) Disponible sur l'attestation papier qui accompagne votre carte Vitale

❹ Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau ❸ qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire.

Nom et prénoms : .....
(Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse : .....

Code Postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊ **Commune :** .....

Adresse mail : .....

Téléphone : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊

Les informations recueillies sont traitées par l'Assurance Maladie pour le bénéfice de la C2S. Les données sont conservées par l'Assurance Maladie pendant la durée nécessaire à la gestion des droits à la C2S et dans la limite de 3 années à compter de la fermeture des droits à la C2S. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données sur le site www.ameli.fr ou www.msa.fr. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant en adressant une demande écrite au Directeur ou au DPO de votre organisme de rattachement. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle de la lutte contre la fraude.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la C2S peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

▶ *Je 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 et sincères.*

Fait à :

Le : ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊

Signature du demandeur

▶ *Si le dossier est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli.*

Cachet de l'organisme

DROITS A LA C2S

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

☐ **sans participation financière** **du** ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊ **au** ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊

☐ **moyennant paiement d'une participation financière**

Cachet de la caisse d'assurance maladie gérant la couverture maladie de base