cerfa
N° 12504*14

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(s) et prénom(s) : .....
(nom (de naissance) suivi si besoin de votre nom d'usage)

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(s) et prénom(s) : .....
(nom (de naissance) suivi si besoin du nom d'usage)

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)	Bénéficie de l'ASS (5)	Bénéficie de l'ACEJ (6)
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(1) *Allocation aux adultes handicapés,* (2) *Allocation de solidarité aux personnes agées,* (3) *Allocation supplémentaire vieillesse,* (4) *Allocation supplémentaire d'invalidité,*
(5) *Allocation de solidarité spécifique,* (6) *Allocation du contrat d'engagement jeune.*

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

☞ **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 :
1 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	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
2 Rémunérations diverses :				
- Indemnités exceptionnelles non imposables	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €	⌴⌴⌴⌴⌴⌴ €
3 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 ☐
4 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 ☐
5 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
6 Actuellement :				
- Etes-vous propriétaire de votre logement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
- Etes-vous logé(e) gratuitement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
7 Autres ressources (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)
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 complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des des organismes habilités à gérer 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 lui transmettra les informations figurant en pages 3 et 4.

Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez et complétez les pages 3 et 4 pour chaque organisme choisi. Vous pouvez aussi télécharger ces pages du formulaire sur le site

www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/mes-démarches

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 modèle de courrier est disponible sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

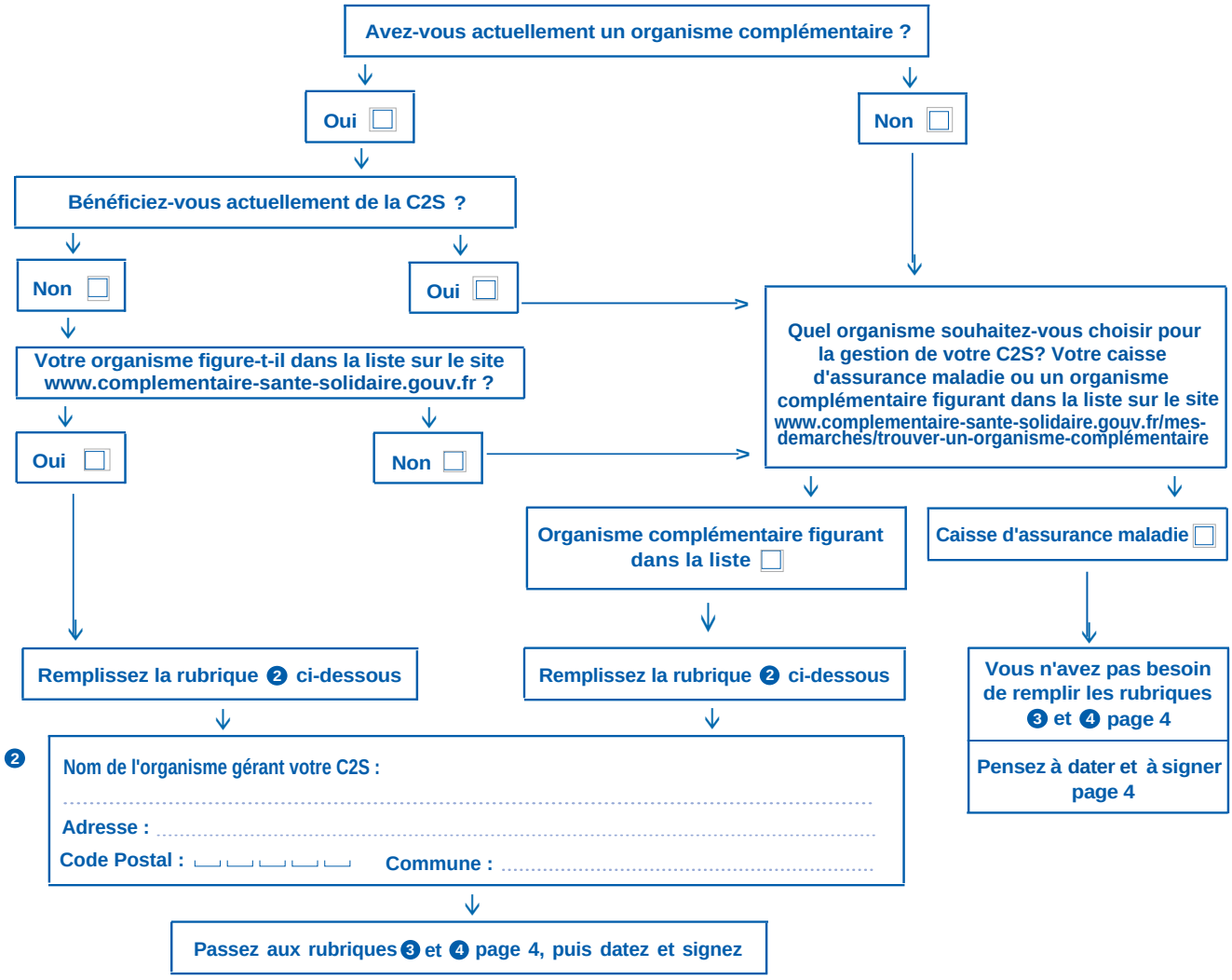
- Si vous choisissez un organisme complémentaire et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la C2S, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel.

Comment choisir votre organisme C2S ?

Pour faire votre choix, complétez les rubriques ci-dessous.

IMPORTANT : Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme C2S. S'il s'agit de votre première demande de C2S et que vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme complémentaire habilité à gérer la C2S, vous devez le choisir.

❶ *Cochez les cases en fonction de votre situation*



▶ VOUS AVEZ CHOISI 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 fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante

(2) Disponible sur l'attestation de droits à l'assurance maladie qui accompagne votre carte Vitale

❹ Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées de la personne du foyer (tableau ❸) qui pourra être contactée par l'organisme complémentaire.

Nom(s) et prénom(s) : .....
(Nom suivi si besoin du nom d'usage)

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** __/__ __/__ __/__/__/__

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

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

cerfa

N° 52269#08

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 vous être demandée. 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 :

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)

Si un ou plusieurs membres de votre foyer sont affiliés à un autre régime d'assurance maladie que le votre, vous ne devez déposer qu'une seule demande auprès de votre régime.

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

- 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),
- les 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).

Toute 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 le faire pour l'année à venir et ne perçoit pas de pension alimentaire soumise à déduction fiscale de la part de ses parents ou s'engage sur l'honneur à ne plus la recevoir pour l'année à venir.
- elle vit chez ses parents, en couple (marié(e), concubin(e) ou partenaire PACS) et qu'elle 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 aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ou de l'allocation du contrat d'engagement jeune.

LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER (p2)

Ne déclarez pas vos ressources dans la rubrique "Les ressources de votre foyer", si vous êtes dans l'une des situations suivantes:

- Vous êtes allocataire du RSA (revenu de solidarité active): vous remplissez automatiquement les conditions de ressources de la C2S gratuite.

- Vous êtes allocataire de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) ou de l'ASI (allocation supplémentaire d'invalidité): vous et votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, remplissez automatiquement les conditions de ressources de la C2S avec paiement d'une participation financière si aucun d'entre vous n'a travaillé au cours des 3 derniers mois civils.

- Vous êtes allocataire de l'AAH (allocation aux adultes handicapés): vous remplissez automatiquement les conditions de ressources de la C2S avec paiement d'une participation financière si:
  - vous vivez seul et sans enfant à charge;
  - et vous n'avez pas travaillé les 3 derniers mois civils;
  - et vous percevez l'AAH à taux plein ou en complément d'une pension d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une rente accident du travail-maladie professionnelle.

- Vous êtes allocataire de l'ASS (allocation de solidarité spécifique): vous remplissez automatiquement les conditions de ressources de la C2S avec paiement d'une participation financière si vous vivez seul et sans enfant à charge.

- Vous êtes allocataire de l'ACEJ (allocation du contrat d'engagement jeune): vous remplissez automatiquement les conditions de ressources de la C2S avec paiement d'une participation financière si votre foyer fiscal (ou celui auquel vous êtes rattaché) n'est pas imposable à l'impôt sur le revenu.

- Vous résidez à Mayotte: vous remplissez automatiquement les conditions de ressources de la C2S gratuite si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.

NOTICE *(suite)*

La majorité des ressources perçues par vous-même et les membres de votre foyer, en France et à l'étranger, est prise en compte pour le calcul de votre droit à la C2S.

Toutefois, vous n'avez pas besoin de déclarer :

- Le montant de vos rémunérations, salaires, revenus de remplacement (indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité, pension d'invalidité...) et prestations sociales. Nous utilisons les informations déclarées par les organismes qui vous les versent. La plupart de ces informations est consultable sur **"www.mesdroitssociaux.gouv.fr/accueil/vos-ressources".** En adressant votre demande de C2S, vous acceptez leur utilisation pour le calcul de votre droit.
- Les revenus déclarés au titre de votre activité de travailleur non salarié, agricole ou non, les produits de placement et les revenus du patrimoine soumis à l'impôt. Nous utilisons les informations qui figurent sur votre dernier avis d'imposition connu ou votre dernier avis de situation déclarative à l'impôt.
- Les ressources qui ne sont pas prises en compte pour le calcul de votre droit:
  - le revenu de solidarité active (RSA), le revenu de solidarité Outre-Mer (RSO) 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, 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,
  - certaines autres prestations: 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 personnes morales ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les aides et secours financiers versés par des membres de la famille ou des proches, les indemnités et allocations versées aux volontaires en service civique, les indemnités 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, l'allocation pour demandeur d'asile et l'allocation du contrat d'engagement jeune,
  - les biens non productifs de revenus (ex: assurance-vie...) et les revenus du capital non imposables (ex: livret A, livret jeune...).

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

Sauf exception, les ressources prises en compte sont celles qui ont été perçues au cours des 12 mois civils allant du treizième au deuxième mois civil précédant le mois de votre demande. Par exemple, pour une demande faite en juillet 2026, les ressources à déclarer sont celles perçues sur la période de 12 mois allant du mois de juin 2025 au mois de mai 2026.

1. Si vous débutez votre activité non salariée (agricole ou non) et que vous n'avez pas encore déclaré vos revenus, déclarez le montant du chiffre d'affaires hors taxe des quatre trimestres civils (périodes de 3 mois consécutifs débutant les 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre) précédant le mois de votre demande. Si vous êtes gérant de société, déclarez soit le montant de votre rémunération, soit la part de bénéfice correspondante, perçue au cours des 12 mois civils allant du treizième au deuxième mois civil précédant le mois de la demande. Dans tous les cas joignez un justificatif des sommes déclarées.
2. Déclarez vos indemnités exceptionnelles non imposables.
3. Cochez la case correspondante 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 ou au chômage indemnisé total ou partiel (ou si vous remplissez les conditions pour en bénéficier), ou encore si vous percevez l'allocation de solidarité spécifique ou une rémunération de stage de formation professionnelle. Vos revenus professionnels seront diminués de 30%.
4. Cochez la case correspondante 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. Cochez la case correspondante si vous percevez des prestations familiales et des aides au logement versées par la CAF ou la MSA. Les aides au logement seront prises en compte pour le calcul de votre droit dans la limite d'un montant forfaitaire.
6. Cochez la case correspondante si vous êtes propriétaire de votre logement ou si vous êtes logé(e) gratuitement : un montant forfaitaire sera ajouté à vos ressources pour le calcul de votre droit.
7. Déclarez toute autre ressource, par exemple: les gains aux jeux, les aides financières versées régulièrement par des personnes morales (à l'exception des aides mentionnées ci-dessus), les gains de levée d'option, etc.

Vous bénéficiez du droit à l'erreur

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ?

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