Cerfa

n° 51646#03

l'Assurance Maladie

Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Personne titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité de veuf(ve)

Cette notice a été réalisée pour vous aider à établir votre demande.

Pour nous contacter

Vous désirez des informations complémentaires :

Vous souhaitez nous rencontrer :

appelez le **36 46**
service gratuit + prix d'un appel

connectez-vous sur www.ameli.fr

NOTICE

Informations pratiques

Vous trouverez dans ce dossier les informations dont vous avez besoin pour faire votre demande d'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) :

- une demande d'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) à compléter,
- des précisions concernant les conditions d'attribution de votre allocation, les modalités de votre déclaration de ressources et du paiement de votre allocation,
- les justificatifs à joindre,
- comment nous contacter.

Vous ouvrez droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité

Auprès de votre caisse primaire d'assurance maladie du régime général aux conditions suivantes :

- **ne pas avoir atteint l'âge de 62 ans. Toutefois, si vous poursuivez une activité professionnelle au-delà, cet âge limite est repoussé au maximum à 67 ans,**
- **être atteint(e) d'une invalidité qui réduit d'au moins des 2/3 la capacité de travail ou de gain,**
- **être titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité de veuf(ve),**
- **avoir résidé en France ou dans une collectivité d'outre-mer,**
- **avoir des ressources inférieures à un plafond :**

  A titre indicatif au 1er avril 2024, ce plafond est fixé à :
  - 10 794,79 € par an pour une personne seule,
  - 18 890,89 € par an pour un couple (conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS).

Votre déclaration de ressources (contenue dans la demande d'allocation)

→ Si vous vivez seul(e) :
- Vous devez déclarer **vos ressources perçues** en France et/ou à l'étranger,

→ Si vous vivez en couple (mariage, PACS, concubinage) :
- Vous devez déclarer **vos ressources et celles de votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS** perçues en France et/ou à l'étranger.

Vous devez nous faire connaitre les resssources dont dispose votre ménage mois par mois, **pour les 3 mois précédant votre demande.**

(Exemple : si vous déposez votre demande en avril, vous devez indiquer les ressources de votre ménage des mois de janvier, février et mars précédents).

Vos ressources seront examinées pour les 3 mois que vous déclarez.

Toutefois, si cet examen aboutit au rejet de votre demande, nous apprécierons vos ressources sur une période de 12 mois.

Cerfa

n° 51646#03

Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

(articles L.815-24 et suivants, L.815-25, L.815-27, L.816-1, D.815-19 et R.111-2 du Code de la sécurité sociale)

l'Assurance Maladie

Les informations ci-dessous vont sont données pour aider à compléter les pages 2, 3 et 4 de votre demande. La numérotation renvoie aux différentes rubriques selon la nature de vos ressources.

Sont à déclarer :

1 **salaires et gains assimilés** (tels que commissions, rémunérations, vacations, gratifications)

2 **revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale**

3 **indemnités journalières payées par votre caisse d'assurance maladie**

4 **allocations de chômage et de préretraite**

5 et 6 **pensions, retraites, rentes tous régimes de base et complémentaire, personnelle et réversion :**

Vous devez déclarer pour vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, les prestations dont vous êtes titulaire(s) ou avez fait la demande auprès :

- du régime général de sécurité sociale,
- des régimes de retraite de non-salariés (artisans, commerçants, industrielle, professions libérales),
- du régime de retraite agricole (salariés et exploitants),
- du régime spéciaux de retraite (fonction publique, agents de collectivités),
- des régimes étrangers même si la prestation qui vous est due ne vous est pas versée,
- des organisations internationales,
- ainsi que les pensions d'invalidité, les rentes d'accident du travail, les pensions de veuves, de guerre, pension d'orphelin et rente viagère pour handicap, etc.

Pour les demandes qui sont encore à l'étude, inscrivez "en cours" dans la colonne "montant"

7 **Allocations diverses :** l'allocation spéciale ou d'aide sociale, l'allocation amiante, le revenu solidarité active, l'allocation aux adultes handicapés,...

8 **Autres revenus tels que :** prestations compensatoires à la suite d'un divorce, rentes viagères issues d'un contrat d'assurance vie ou d'une vente en viager, revenus de la mise en gérance d'un commerce ou ou d'un fonds artisanal, avantages en nature (si ces avantages en nature vous sont versés sous la forme d'une indemnité compensatrice, merci de préciser son montant), etc.

Ne déclarez pas les loyers que vous percevez : ils seront estimés forfaitairement à partir de vos biens immobiliers. Il en est de même des revenus de biens immobiliers.

9 et 11 **Biens immobiliers :** Ce sont notamment les **maisons, appartements, immeubles et terrains,** (y compris ceux mis en location) dont vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, êtes propriétaire(s) dont vous avez l'usufruit ou dont vous avez fait donation, à l'exclusion de votre habitation principale et des bâtiments de l'exploitation agricole.

- Si les biens sont indivis, en copropriété, en nue-propriété ou en usufruit, indiquez la valeur totale du bien, votre part et/ou celle de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS.
- Si vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS êtes commerçant(s) ou artisan(s) ou exploitant(s) agricole(s) en activité ou si le commerce/l'entreprise est en gérance, précisez la valeur du fonds et, le cas échéant, la valeur des murs.

10 et 11 **Biens mobiliers** dont vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e), ou partenaire PACS, êtes propriétaire(s) ou en avez l'usufruit, ou en avez fait donation. Ce sont principalement des placements d'argent, d'actions ou d'avoirs tels que les SICAV, bons du trésor, livret A, plan épargne, comptes rémunérés, titres, actions, obligations, indemnités de départ attribuées à certains artisans, commerçants et exploitants agricoles, capital non réinvesti de la vente d'un bien, etc.

Nous fixerons le point de départ de votre allocation

- à la même date que votre pension d'invalidité si vous déposez cette demande en même temps que votre demande de pension d'invalidité ou dans les 3 mois qui suivent la date mentionnée sur la notification d'attribution de la pension.
- au 1er jour du mois qui suit la date de réception de votre demande l'allocation dans les autres cas.

Nous vous paierons votre allocation en même temps que votre pension d'invalidité

Son paiement se fera en fonction de vos ressources.

Vous êtes tenu de nous signaler tout changement survenu dans vos ressources, votre situation familiale ou votre résidence

Sachez que l'allocation supplémentaire d'invalidité est versée au maximum jusqu'à l'âge de 62 ans, ou jusqu'à la cessation de votre activité si vous continuez à travailler, dans la limite de 67 ans.

Ensuite il conviendra de faire valoir vos droits à l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Pour cela, il sera indispensable de formuler la demande auprès de votre caisse de retraite, 3 mois avant d'atteindre l'âge de 62 ans ou 3 mois avant la date de cessation de votre activité.

Justificatifs à joindre

Vous devez présenter l'original ou une photocopie lisible de :

- Votre dernier avis d'impôt sur le revenu et, le cas échéant, le dernier avis d'impôt sur le revenu de votre concubin(e) ou de votre partenaire PACS ;
- Deux justificatifs de moins de 6 mois prouvant que vous résidez en France (métropole ou collectivé d'outre mer) tels que quittance de loyer, factures d'eau, de gaz, d'électricité, de téléphone, attestation du Maire,
- Un relevé d'identité bancaire d'un compte domicilié en France ou en zone SEPA.

  Veuillez noter que la caisse sera amenée à contrôler la condition de résidence en France.
- Votre titre de séjour et/ou celui de votre conjoint(e), si vous résidez en France et si vous ou votre conjoint(e) êtes de nationalité étrangère sauf si vous êtes ressortissant de l'Union européenne*, de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse.

*** Liste des pays de l'Union Européenne**
Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

Aides diverses :

Vous pouvez bénéficier sous certaines conditions :

Complémentaire santé solidaire (C2S)

Vous avez droit à la C2S, ainsi que les membres de votre foyer, si vous bénéficiez de l'ASI et que votre conjoint(e), votre concubin(e) ou partenaire PACS et vous-même n'avez pas exercé d'activité professionnelle au cours des 3 mois civils précédant le dépôt de la demande de la C2S.

La C2S est attribuée en échange d'une contribution inférieure à 1€ par jour et par personne en fonction de la tranche d'âge des bénéficiaires (soit 8€ par mois pour les moins de 30 ans, 14€ par mois entre 30 et 49 ans, 21€ par mois entre 50 et 59 ans, ou 25 € par mois entre 60 et 69 ans). Si l'ASI vous est attribuée, l'Assurance maladie vous informera par courrier que vous pouvez bénéficier de la C2S sans avoir à déclarer vos ressources. Vous devez simplement renvoyer les documents donnant votre accord pour payer la cotisation.

La C2S est une complémentaire santé qui vous permet de bénéficier d'un grand nombre de soins sans payer de frais supplémentaires. Grâce à la C2S, vous n'avancez pas les frais lorsque vous consultez un professionnel de santé, et vous n'avez pas de dépassements d'honoraires chez le médecin. Cette complémentaire couvre également l'offre " 100% santé " qui vous permet d'accéder gratuitement à des appareils auditifs, des lunettes de vue et des prothèses dentaires. Vous êtes exonéré(s) de payer la participation forfaitaire sur les consultations médicales, et la franchise sur les boites de médicaments.

Pour en savoir plus sur la C2S (https://www.complémentaire-santé-solidaire.gouv.fr)

BON A SAVOIR : Renseignez-vous auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de votre lieu de résidence sur les conditions d'attribution de la majoration pour la vie autonome des personnes handicapées.

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.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur(trice) de votre organisme d'assurance maladie ou de son(sa) Délégué(e) à la Protection des Données .
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

Cerfa
n° 11175*06
INVDEMASI-PRE

Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

(articles L.815-24 et suivants, L.815-25, L.815-27, L.816-1, D.815-19 et R.111-2 du Code de la sécurité sociale)

l'Assurance Maladie

Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

Vous-même

Madame ☐ **Monsieur** ☐

Votre nom de famille (de naissance) : .....

Votre nom d'usage *(s'il y a lieu)* : .....

Vos prénoms *(soulignez votre prénom courant)* : .....

Téléphone *(pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité)* :

Votre date de naissance : **Votre nationalité :** .....

Commune de naissance : ..... **Département :** ..... **Pays :** .....
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Votre adresse : .....

Code Postal : **Commune :** ..... **Pays :** .....

Votre n° de Sécurité sociale :

Votre situation de famille

Célibataire ☐

Marié(e) ☐
Depuis le

Divorcé(e) ☐, **Séparé(e) de corps** ☐, **Séparé(e) de fait** ☐, **Veuf(ve)** ☐
Depuis le

Vous vivez en concubinage ☐
Depuis le

Vous avez conclu un PACS ☐
Depuis le

Votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e)

Son nom de famille (de naissance) : ..... **Son nom d'usage** *(s'il y a lieu)* : .....

Ses prénoms *(soulignez le prénom courant)* : .....

Sa date de naissance : **Sa nationalité :** .....

Commune de naissance : ..... **Département :** ..... **Pays :** .....
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Son n° de Sécurité sociale :

Cerfa
n° 11175*06
INVDEMASI-PRE

Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

(articles L.815-24 et suivants, L.815-25, L.815-27, L.816-1, D.815-19 et R.111-2 du Code de la sécurité sociale)

L'Assurance Maladie

Avant de compléter votre déclaration, lisez attentivement les informations présentes en page II et III de la présente notice

Vos revenus en France et/ou à l'étranger des 3 derniers mois

(y compris ceux versés par une organisation internationale)

Inscrivez, ci-dessous, le montant brut de vos ressources.

	Mois de	Mois de	Mois de
Précisez les 3 derniers mois concernés :	.....	.....	.....
1 Salaires et/ou gains assimilés	..... €	..... €	..... €
2 Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale	..... €	..... €	..... €
3 Indemnités journalières payées par votre caisse d'assurance maladie	..... €	..... €	..... €
4 Allocations chômage, préretraite	..... €	..... €	..... €
5 Pensions, retraites, rentes personnelles* et de réversion* Indiquez les noms et adresses des organismes, les références de ces revenus et la date d'attribution.			
.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €
6 Retraites complémentaires personnelles* et de réversion* Indiquez les noms et adresses des organismes, les références de ces revenus et la date d'attribution.			
.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €
7 Allocations* Indiquez le type d'allocation, les noms et adresses des organismes, les références.			
.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €
8 Autres revenus, précisez :	..... €	..... €	..... €

*dont vous avez fait la demande

Cerfa
n° 11175*06
INVDEMASI-PRE

Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

(articles L.815-24 et suivants, L.815-25, L.815-27, L.816-1, D.815-19 et R.111-2 du Code de la sécurité sociale)

l'Assurance Maladie

Les revenus de votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) en France et/ou à l'étranger des 3 derniers mois

(y compris ceux versés par une organisation internationale)

Inscrivez, ci-dessous, le montant brut de ses ressources.

	Mois de	Mois de	Mois de
Précisez les 3 derniers mois concernés :	.....	.....	.....
1 Salaires et/ou gains assimilés	..... €	..... €	..... €
2 Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale	..... €	..... €	..... €
3 Indemnités journalières payées par votre caisse d'assurance maladie	..... €	..... €	..... €
4 Allocations chômage, préretraite	..... €	..... €	..... €

5 Pensions, retraites, rentes personnelles* et de réversion*
Indiquez les noms et adresses des organismes, les références de ces revenus et la date d'attribution.

.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €

6 Retraites complémentaires personnelles* et de réversion*
Indiquez les noms et adresses des organismes, les références de ces revenus et la date d'attribution.

.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €

7 Allocations*
Indiquez le type d'allocation, les noms et adresses des organismes, les références.

.....	..... €	..... €	..... €
.....	..... €	..... €	..... €

8 Autres revenus, précisez : .....

.....	..... €	..... €	..... €

* dont votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) est titulaire ou a fait la demande.

Cerfa
n° 11175*06
INVDEMASI-PRE

Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

(articles L.815-24 et suivants, L.815-25, L.815-27, L.816-1, D.815-19 et R.111-2 du Code de la sécurité sociale)

l'Assurance Maladie

Vos biens et, si vous vivez en couple, les biens de votre conjoint(e) ou partenaire PACS, ou concubin(e) en France et/ou à l'étranger

Avez-vous et/ou votre conjoint(e),concubin(e), partenaire PACS, des biens immobiliers et/ou immobilier en France et/ou à l'étranger ?

oui ☐ ➔ **complétez ci-après,**
non ☐ ➔ **passez directement au point 11.**

9 Biens immobiliers (précisez s'il y a lieu indivis, nue-propriété ou usufruit) : maisons, appartements, terrains, commerces, ...

Précisez la nature :	Adresse de chaque bien déclaré	Valeur actuelle
Personnels		€
Communs au ménage		€
De votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS		€

Habitez-vous la maison dont vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS êtes propriétaire ? oui ☐ non ☐

En louez-vous une partie ? oui ☐ non ☐ Si oui, valeur actuelle de la partie louée ..... €

10 Biens mobiliers : titres, actions, obligations, capitaux d'assurance vie/décès, livret A, plan épargne, ...

Précisez la nature :	Valeur actuelle
Personnels	€
Communs au ménage	€
De votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS	€

11 Biens immobiliers ou mobiliers dont il a été fait donation depuis moins de 10 ans (autres que votre maison d'habitation)

Qui est le donateur ? vous-même ☐ votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS ☐ vous et votre conjoint(e) (...) ☐

Maison, appartement, terrain, ... (précisez la nature du bien)	Adresse du bien déclaré	Valeur actuelle
		€

date de l'acte de donation |_|_|_|_|_|_|_|_| lien de parenté avec le bénéficiaire de la donation .....

Titres, actions, obligations, ... (précisez la nature du bien)	€

date de l'acte de donation |_|_|_|_|_|_|_|_| lien de parenté avec le bénéficiaire de la donation .....

J'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.

Je m'engage :

- **à vous faire connaître toute modification de mes ressources et de celles de mon conjoint ou partenaire PACS ou concubin ainsi que tout changement familial et de résidence,**
- **à faciliter toute enquête.**

Fait à : ..... Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 3, 441-1 et 441-6 du Code pénal).
Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de calcul de vos droits et de contrôle.
Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site "http://www.ameli.fr".
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatiques et Libertés.
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

Vous venez de remplir votre demande.

N'oubliez pas de joindre les justificatifs demandés dans la notice.