|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTION SOCIALE D’INITIATIVE ACADÉMIQUE  **HOSPITALISATION LOIN DU DOMICILE**  (À retourner dans le mois qui suit le fait de la prestation) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM - Prénom** **:** ……………………………………………… | | | | | | | | | | **Nom de jeune fille** **:** ………………………...……………..…… | | | | | | | | | |
| **N° Sécurité Sociale** **:** \_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ **CLE**\_\_\_ / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **État civil :** | □ Célibataire | | | | | □ Marié(e) | | | □ Vie maritale | | | | □ Pacsé(e) | | □ Divorcé(e) | | | □ Séparé(e) | □ Veuf(ve) |
| **Adresse personnelle** **:** | | | ………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N° tél personnel :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ | | | | | | | | | | | **N° tél portable :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ | | | | | | | | |
| **Adresse email :** | | …………………………………………………… | | | | | | | | | | | | @........................... | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Grade précis :** ………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Établissement d’exercice** **:** □ Public □ Privé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Désignation et adresse :** | | | | | ………………………………………………………………………………………………………...... ………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Profession et employeur du conjoint :** | | | | | .................................................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………...... | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’HOSPITALISÉ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM – Prénom :** ....................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | **Date de naissance :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ | | | |
| **Lien de parenté avec le demandeur :** | | | | | | | | ................................................................................................................................................. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lieu de l’hospitalisation :** | | | | .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date d’entrée :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ | | | | | | | | | | | | **Date de sortie :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/ | | | | | | | |
| **Nombre de jours d’hospitalisation :** ........................................... | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le demandeur certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis et s’engage à signaler tout changement qui pourrait intervenir dans sa situation familiale ou professionnelle au cours de la période de validité du présent dossier.  Toute fausse déclaration entraînera le remboursement de l’aide indument perçue.  **La loi réprime les fraudes et les fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 al. 2 du Code Pénal)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fait à**  …………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | **Signature du demandeur** | | | | | | | |
| **Le** ……………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CADRE RÉSÉRVÉ À L’ADMINISTRATION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Fournisseur CHORUS | | | | | | |  | | | | | ISB | | | | | Montant | | |
| N° RIB CHORUS | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **NOM – Prénom du demandeur :** | | | | | | |
| **Dates** | Cocher la case correspondante | | **Distance parcourue** | **Hébergement de nuit**  **(oui/non)** | **Mode d’hébergement** | **Observations** |
| **ALLER**  **Domicile – hôpital** | **RETOUR**  **Hôpital - domicile** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Joindre tous les justificatifs nécessaires (factures d’hébergement, billets SNCF…)**

|  |
| --- |
| ASIA  **HOSPITALISATION LOIN DU DOMICILE** |

**(à retourner dans le mois qui suit la prestation)**

**NOTE IMPORTANTE**

Pour bénéficier de cette aide, l’Impôt Soumis au Barème **(ISB)**, sans la décote, ne doit **pas dépasser 457 €**.

(l’ISB correspond à la ligne 14 de l’avis d’imposition, elle se trouve sous la ligne du revenu imposable)

**PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE**

* 1 relevé d’identité bancaire ou postale - RIB ou RIP (pour une première demande ou un changement de compte)
* 1 copie du dernier bulletin de salaire du demandeur faisant apparaître l’affectation ou à défaut, une copie du PV d’installation ou du titre de pension pour les retraités
* 1 attestation de l’employeur du conjoint faisant apparaître le non versement de toute aide comparable
* 1 copie de l’avis d’imposition complet de l’année n-2 (exemple pour l’année 2020 : avis d’imposition 2019 sur les revenus 2018) ou de chaque concubin pour les couples non mariés
* 1 copie du livret de famille complet
* 1 copie du bulletin d’hospitalisation