

Si votre séjour en France n'est pas régulier, l'aide médicale de l'Etat peut prendre en charge vos dépenses de santé pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME d'une durée de douze mois est conditionné, pour les personnes majeures, à une double condition de résidence en France (**3 mois minimum de séjour irrégulier**) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil. Si les conditions sont remplies, vous serez convoqué(e) pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

Le droit à l'AME est ouvert également pour les personnes qui se trouvent à votre charge : conjoint, partenaire d'un PACS, concubin, enfants mineurs, ou enfants jusqu'à l'âge de 21 ans s'ils poursuivent des études ou sont dans l'incapacité permanente de travailler, cohabitant(e) (personne non mentionnée précédemment qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois, par exemple, un neveu de 25 ans).

**Même si vous ne remplissez pas la condition de résidence en France ou de ressources, vous pouvez dès à présent faire la demande pour les personnes mineures à votre charge sans avoir à joindre de justificatif de résidence ou de ressources.**

## Comment déposer votre demande ?

Pour une première demande, vous ou une autre personne majeure de votre foyer, devez vous présenter physiquement à l'accueil de l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence pour y déposer votre dossier. En cas de prise en charge dans un établissement de santé ou une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), votre dossier est transmis directement à votre organisme d'assurance maladie par l'établissement concerné (dans un délai de 8 jours).

Pour un renouvellement, vous pouvez envoyer directement votre dossier à votre organisme d'assurance maladie. Vous pouvez également le déposer auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou auprès des services sanitaires et sociaux de votre lieu de résidence, ou des associations ou organismes à but non lucratifs agréés à cet effet.

Peuvent déposer leur première demande, dans les mêmes conditions que pour une demande de renouvellement, les mineurs isolés, les personnes à mobilité réduite (sur présentation d'une attestation sur l'honneur de situation de handicap due à une diminution des capacités de déplacement), les personnes sous curatelle (tuteur doit présenter le jugement de tutelle/curatelle renforcé).

## Le demandeur et les personnes à charge

### Rubrique "Nom" :

indiquez votre nom de famille. Il s'agit du nom de naissance suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu).

### Rubrique "Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e)" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS) ou un organisme agréé, ou une attestation sur l'honneur, établie par la personne qui vous héberge.

Vous devez joindre la copie **de l'un des documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e)) et vivent en France :**

- passeport (copie de toutes les pages y compris les vierges),
- carte nationale d'identité (copie recto/verso),
- titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

**Pour le (la) cohabitant(e),** vous devez joindre une déclaration sur l'honneur, signée par vous-même et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et qu'elle se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois.

## Votre résidence en France

**Vous résidez en France, en situation irrégulière, depuis plus de trois mois (c'est-à-dire au-delà de la période de validité du visa, de la période de dispense de visa ou de la période de libre circulation pendant laquelle vous êtes en situation régulière) :**

Joignez la copie **de l'un des documents ci-dessous :**

- passeport indiquant la date d'entrée en France (toutes les pages, même blanches),
- contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,
- avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR), à la taxe foncière ou d'habitation
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

## Vos ressources et celles des personnes à votre charge et obligation alimentaire

Indiquez la **nature** et le **montant** de vos **ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non)**, pendant les douze derniers mois (si vous avez plusieurs enfants, indiquez, dans la même colonne, le montant total de leurs ressources). Joignez les **documents relatifs à vos ressources** en votre possession.

Les **ressources des membres de votre famille** habitant en France, en situation régulière (**père, mère, conjoint, enfants**), ne sont pas prises en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat. En revanche, après votre admission à l'aide médicale, le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées à ce titre.

**Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale ou d'autres organismes** (art. L.114-12, L.114-14 et L.114-19 du Code de la Sécurité Sociale).

## 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, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'assurance maladie : par téléphone au 36 46 (service 0,06 euro/mn+prix appel) ou consulter le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

## Le demandeur

Nom \_\_\_\_\_  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Prénom(s) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité : Européenne \*  Autre pays

N° de Sécurité sociale ou d'AME (si vous en avez un) \_\_\_\_\_

N° d'allocataire (allocations familiales - si vous en avez un) \_\_\_\_\_

Adresse en France \_\_\_\_\_ N° tél. portable \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case  et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non  si oui  année \_\_\_\_\_ département : \_\_\_\_\_

• Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours des trois derniers mois ► cochez la case

**IMPORTANT** : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour f)gpw<sup>2</sup>g'fcpu'nf wdrkuago gpv'qw'k'rc'f cvg'les soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai de 90 jours à compter du f w'lwvt'f'g'lw'v'g'f'g'nf wdrkuago gpv'qw'f'g'rc'f'2 rxt cpeg'f'gu'lw'kw'p'ng'f' t'qku'sont alors ouverts rétroactivement OXqul'f'g'xg/ 'lw'v'pk' 'l'gu'lw'w'k'c'w'w'f' gu'lw'kw'p' t'g'w'w'k' 'hj' 1/r'kc'n'lw'gp'x'k'ng'gp'x'qvt'g'r'qu'gw'w'kp'0'

## Votre résidence en France

• Vous résidez en France de façon stable depuis le \_\_\_\_\_ (joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)

## Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

## Vos ressources et celles des personnes à votre charge

*kw'f'k'w'g/ 'l'gu'b' qp'w'p'u'ewo w'w' u'c'w'eqwt'uf'g'uf'q'w'g'f'g'p'p'gt'u'b' q'u'g'v'l'q'k' p'g/ 'l'gu'lw'w'k'c'w'w'f' gu'lw'kw'p'p'2'uf'cpu'te'p'q'w'k'g*

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Salaires	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Pensions, retraites et rentes	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <small>Précisez la nature</small>	_____ € .....	_____ € .....	_____ € .....	_____ € .....
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? <small>Si oui, depuis quelle date ?</small>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> .....	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> .....		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> .....
► Pensions alimentaires versées	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Je, soussigné(e), 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. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (article L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Ci-contre, cachet de l'organisme ainsi que les nom et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

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 du traitement VISABIO auprès du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire) ou du ministère de l'intérieur (direction de l'immigration). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

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

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, **IMPERATIVEMENT**, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

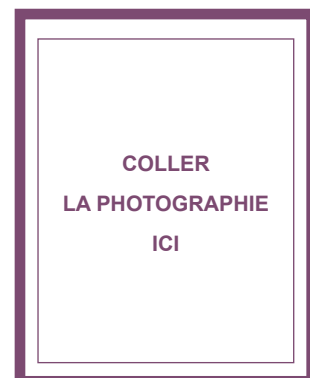
Les photos, en couleur, sur fond blanc, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.  
**NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS**

► **LE DEMANDEUR**

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

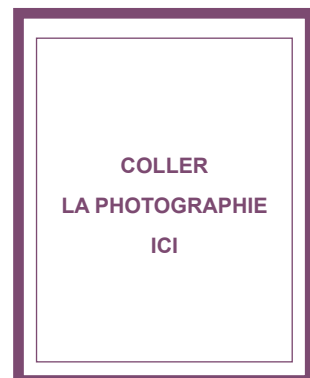


► **CONJOINT(E), PARTENAIRE D'UN PACS OU CONCUBIN\*G+**

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance



► **ENFANT DE PLUS DE 16 ANS**

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance



► **ENFANT DE PLUS DE 16 ANS OU COHABITANT(E)**

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance

