

# CHÈQUE SANTÉ FORMULAIRE DE DEMANDE

Le Chèque santé est un dispositif facultatif du Département de La Réunion qui participe à la prise en charge financière de la complémentaire santé des personnes âgées aux revenus modestes.

Conditions d'attribution : être âgé(e) de 60 ans et plus au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de la demande ; résider à La Réunion ; être bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) avec participation financière en cours de validité. Sont également éligibles de cette aide, sous condition de ressources, les personnes non bénéficiaires de la C2S avec participation financière et déjà bénéficiaires du Chèque santé.

Modalités d'attribution : attribué pour **un an**, cette aide est fixée à 25 € pour les bénéficiaires âgés de 60 à 69 ans et à 30 € pour les bénéficiaires de 70 ans et plus.

**i** Même pour un renouvellement, il est nécessaire de joindre l'intégralité des pièces justificatives votre demande.

Les mentions suivies de \* sont **obligatoires**. Pensez à compléter les 2 pages de ce formulaire.

## IDENTITE DU BENEFICIAIRE

Si votre demande a déjà été validée veuillez indiquer votre identifiant : .....

Civilité\* :  Madame  Monsieur Nom\* : .....

Prénom\* : ..... Nom de jeune fille : .....

Date de naissance\* : ...../...../..... **i** Vous devez avoir 60 ans ou plus avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année de la demande.

Situation familiale\* :  Marié-e  Pacsé-e  Concubinage  Divorcé-e  Séparé-e  Veuf-ve  Célibataire

 **PIECES D'IDENTITE ACCEPTÉES :**  La fourniture d'une pièce d'identité est **obligatoire**.

- CNI (Carte Nationale d'Identité) **OU** Passeport
- Pour les personnes n'ayant pas la nationalité française :
  - Titre de séjour ou récépissé de demande de titre de séjour **OU**
  - Carte de séjour ou récépissé de demande de carte de séjour

## COORDONNEES DU BENEFICIAIRE

Email : .....@.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

Adresse complète\* : .....

 **JUSTIFICATIFS DE DOMICILE ACCEPTES DE MOINS DE 3 MOIS (FOURNIR UN SEUL DOCUMENT) :**

- Facture (eau, gaz, électricité, internet, assurance, etc.) **OU**
- Avis d'imposition ou de non-imposition **OU**
- Attestation de domiciliation CCAS
- Quittance de loyer **OU**

**i** Si vous êtes hébergé, vous devez fournir un justificatif de domicile de votre hébergeant accompagné de sa pièce d'identité et d'une attestation sur l'honneur de moins de 3 mois indiquant votre hébergement.

Page 1 sur 2

## COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (C2S)

Nom de la mutuelle\* : .....

Date de début de droit à la C2S avec participation financière \* : ...../...../.....

### JUSTIFICATIF DE LA C2S A FOURNIR :

- Attestation de droit à la C2S avec participation financière délivrée par la CGSS et en cours de validité

**Si vous n'êtes pas à la C2S** et que vous aviez été admis au Chèque Santé **au cours de l'année précédente**, veuillez fournir les 3 documents ci-dessous et indiquer les deux informations suivantes :

Nom de la mutuelle\* : .....

Date de début de renouvellement à la mutuelle \* : ...../...../.....

### JUSTIFICATIFS POUR LES PERSONNES QUI SONT HORS C2S :

- Avis d'imposition ou de non-imposition
- Attestation de refus de la C2S
- Justificatif de renouvellement du contrat santé auprès de l'organisme complémentaire santé

## INFORMATIONS FINANCIERES

### JUSTIFICATIF POUR REALISER LE VERSEMENT :

- RIB (Relevé d'Identité Bancaire) au nom du bénéficiaire ou du couple

## CAS PARTICULIER – PERSONNE SOUS TUTELLE

Complétez cette partie, **uniquement** si le bénéficiaire est sous tutelle :

Civilité du tuteur\* :  Madame  Monsieur Nom du tuteur\* : .....

Prénom du tuteur\* : .....

Email du tuteur: .....@.....

Adresse complète du tuteur\* : .....

.....

### JUSTIFICATIF DE TUTELLE :

- Jugement de mesure de protection

DATE DE LA DEMANDE

SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

## FINALISATION DE LA DEMANDE

Pour finaliser votre demande, vous pouvez :

-  la réaliser directement en ligne sur : <https://cheque-sante-reunion.departement974.fr>
-  envoyer ce formulaire avec **toutes les pièces jointes** par mail à : [chequesante@cg974.fr](mailto:chequesante@cg974.fr)
-  envoyer ce formulaire avec **toutes les pièces jointes** par courrier à :

Docaposte  
Département - Service Chèque Santé  
6 rue du Maine  
97490 Sainte Clotilde

### UN DOUTE, UNE QUESTION ?

Nos équipes sont disponible par téléphone au **02 62 20 15 76** du lundi au vendredi 8h à 16h (heure locale)