

# CHÈQUE SANTÉ

## FORMULAIRE DE DEMANDE

Le Chèque santé est **une aide facultative** du Département de La Réunion qui participe à la prise en charge financière de la complémentaire santé des personnes âgées aux revenus modestes. Attribuée 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.

### Conditions cumulatives 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 à domicile ou en famille d'accueil sociale. Les personnes en EHPAD/résidence autonomie ne sont pas éligibles au dispositif.
- Être bénéficiaire de la **Complémentaire Santé Solidaire (CSS) avec participation financière**
- Cas particulier : les seules personnes hors CSS déjà bénéficiaires en N-1 respectant les conditions de ressources.

**i** Pour un renouvellement, joindre aussi [l'intégralité des pièces justificatives à la demande](#).

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

**!** Toute modification de situation (entrée en EHPAD/ résidence autonomie, déménagement hors département, décès) **doit être immédiatement signalée, afin d'éviter une procédure de récupération des indus.**

## 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 au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de la demande

Pays de naissance : ..... Ville de naissance : .....

Situation familiale\* : ☐ Marié-e/Pacsé-e/Concubinage

Nom et Prénom du conjoint : .....

### 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 hors UE : Titre/carte de séjour en cours de validité

## 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**
- Quittance de loyer
- Si vous êtes en famille d'accueil sociale, sans domicile fixe, ou hébergé par un tiers : Attestation d'hébergement (famille d'accueil/CCAS/tiers) avec justificatif d'identité du tiers.

Les informations collectées par l'ANCV directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la gestion du programme seniors en vacances. Ce traitement est fondé sur votre consentement que vous pouvez retirer à tout moment. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités au sein de l'ANCV ainsi qu'aux partenaires de l'ANCV à des fins de réalisations d'enquêtes de satisfaction. Les données seront conservées pendant cinq ans à compter du traitement de votre demande. Les données comptables seront archivées dix ans.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre demande à ANCV, délégué à la protection des données, 36 Boulevard Henri Bergson, 95200 Sarcelles. Merci d'y joindre une pièce d'identité et l'adresse complète à laquelle nous pouvons vous répondre. Sous réserve d'un manquement à aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

## COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (CSS)

### JUSTIFICATIF DE LA CSS A FOURNIR :

- Attestation de droit à la CSS avec participation financière en cours de validité, délivrée par la CGSS, la MSA, ou l'une des 27 caisses gérant les régimes spéciaux.

### JUSTIFICATIFS POUR LES PERSONNES QUI EFFECTUENT UNE DEMANDE DE RENOUELEMENT-HORS CSS :

- Attestation de refus de la CSS en cours de validité à votre nom
- Attestation 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 ET CURATELLE RENFORCEE

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

Tuteur/curateur individuel\* : ☐ Madame ☐ Monsieur (Nom+ Prénom) \* : .....

Association\* : .....

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

Adresse complète : .....

### JUSTIFICATIF DE TUTELLE/ CURATELLE RENFORCEE :



- Décision de mesure de protection en cours de validité

## FINALISATION DE LA DEMANDE

DATE DE LA DEMANDE

SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

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, 2 Quater rue Assing Laha Local – 97438 Sainte-Marie**

### UN DOUTE, UNE QUESTION ?

Les équipes sont disponibles pour vous répondre par téléphone au numéro suivant **02 62 20 15 76** du lundi au vendredi 8h à 16h (heure locale).