

Démarche : Invalidité : Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité  
Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle assuré

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce service est réservé uniquement aux assurés de la CPAM de la Manche. Par exception, les assurés en invalidité des CPAM de l'Orne et du Calvados peuvent utiliser ce formulaire.

Ce formulaire en ligne vous permet de déposer une demande d'allocation supplémentaire d'invalidité du régime général. Pour une connexion simple et pratique, utilisez la connexion France-Connect.

**Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité**  
(Articles L.815-24 et suivants, L.815-25, 27 et D.815-19 du Code de la sécurité sociale)

### Vous-même (le/la demandeur(se))

**De quelle Caisse Primaire d'Assurance Maladie dépendez-vous ?**  
Indiquez le département de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**Votre nom de famille (de naissance)**

**Votre nom d'usage**

S'il y lieu

**Vos prénoms**

Dans l'ordre de l'état civil.

**Votre numéro de sécurité sociale**

## Invalidité : Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Saisir les 15 chiffres sans espace

### Date de naissance

Format jj/mm/aaaa

### Commune de naissance

### Département de naissance

### Votre nationalité

### Votre adresse actuelle

## Votre situation de famille

### Je suis

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Célibataire
- Marié(e)
- En concubinage
- Pacsé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)

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

A remplir uniquement si vous êtes marié(e), pacsé(e) ou en concubinage

### Son nom de famille (de naissance)

### Son nom d'usage

S'il y a lieu

### Ses prénoms

Ordre de l'état civil

# Invalidité : Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

## Son numéro de sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

## Sa date de naissance

Format jj/mm/aaaa

## Sa commune de naissance

## Département de naissance

## Sa nationalité

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

Les informations sont disponibles dans le guide de la démarche (en haut de ce formulaire)

### Choix des ressources

#### Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Salaires et/ou gains assimilés
- Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- Indemnités journalières payées par votre CPAM
- Allocations chômage, préretraite
- Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- Allocations
- Autre revenus

### Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

**Uniquement dans les cas où vous percevez déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu**

Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

### Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Salaires et/ou gains assimilés
- Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale

## Invalidité : Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

- Indemnités journalières payées par votre CPAM
- Allocations chômage, préretraite
- Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- Allocations
- Autre revenus

### Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

**Uniquement dans les cas où vous percevez déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu**

Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

### Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Salaires et/ou gains assimilés
- Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- Indemnités journalières payées par votre CPAM
- Allocations chômage, préretraite
- Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- Allocations
- Autre revenus

### Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

**Uniquement dans les cas où vous percevez déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu**

Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

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

A remplir uniquement si vous êtes marié(e), pacsé(e) ou en concubinage

### Choix des ressources

Choix des ressources

## Invalidité : Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Salaires et/ou gains assimilés
- Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- Indemnités journalières payées par votre CPAM
- Allocations chômage, préretraite
- Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- Allocations
- Autre revenus

### Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

**Uniquement dans les cas où votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) perçoit déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu**  
Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

### Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Salaires et/ou gains assimilés
- Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale
- Indemnités journalières payées par votre CPAM
- Allocations chômage, préretraite
- Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- Allocations
- Autre revenus

### Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

**Uniquement dans les cas où votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) perçoit déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu**  
Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

### Choix des ressources

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Salaires et/ou gains assimilés
- Revenus professionnels non salariaux retenus par l'administration fiscale

## Invalidité : Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

- Indemnités journalières payées par votre CPAM
- Allocations chômage, préretraite
- Pensions, retraites, rentes personnelles et de réversion
- Retraites complémentaires personnelles et de réversion
- Allocations
- Autre revenus

### Indiquez le mois et le montant de la ressource

Montant à indiquer en euros

**Uniquement dans les cas où votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e) perçoit déjà une pension, une retraite, une rente personnelle, une rente de réversion, une retraite complémentaire, une allocation ou un autre revenu**  
Merci d'indiquer ici le type de ressources, la date d'attribution, le nom de l'organisme payeur et son adresse

## Biens immobiliers et mobiliers

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

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

**Si oui, remplissez les éléments ci-dessous. Sinon passez directement au point 7**

### Biens immobiliers et mobiliers

\*en commun (commun au ménage)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Biens immobiliers à vous
- Biens immobiliers en commun\*
- Biens immobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS
- Biens mobiliers à vous
- Biens mobiliers en commun\*
- Biens mobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

### Nature, adresse et valeur actuelle du bien

### Biens immobiliers et mobiliers

\*en commun (commun au ménage)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Biens immobiliers à vous
- Biens immobiliers en commun\*
-

## Invalidité : Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité

- Biens mobiliers à vous
- Biens mobiliers en commun\*
- Biens mobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

### Nature, adresse et valeur actuelle du bien

#### Biens immobiliers et mobiliers

\*en commun (commun au ménage)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Biens immobiliers à vous
- Biens immobiliers en commun\*
- Biens immobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS
- Biens mobiliers à vous
- Biens mobiliers en commun\*
- Biens mobiliers à votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS

### Nature, adresse et valeur actuelle du bien

#### Si vous possédez un bien immobilier, habitez-vous la maison dont vous et/ou votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS êtes propriétaire ?

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

## Biens immobiliers ou mobiliers dont il a été fait donation depuis moins de 10 ans

### Si vous n'êtes pas concerné, vous pouvez directement passer au point 8

#### Qui est le donateur ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Vous-même
- Votre conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS
- Vous et votre conjoint(e)

### Nature du bien, adresse et valeur actuelle

#### Date de la donation

(Date de l'acte)

Format jj/mm/aaaa

## Déclaration sur l'honneur

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

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**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, et à faciliter toute enquête.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Le**

Format jj/mm/aaaa

**Fait à**

## Pièces justificatives

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Votre dernier avis d'imposition

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Le dernier avis d'imposition de votre concubin(e), ou votre partenaire PACS

Uniquement si vous êtes concerné

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

2 justificatifs de moins de 6 mois prouvant que vous résidez en France

Exemples : quittances de loyer, factures d'eau, de gaz, d'électricité, de téléphone, attestation du Maire,....  
Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Votre titre de séjour et/ou celui de votre conjoint(e)

Si vous résidez en France et si vous êtes (ou votre conjoint(e) 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 disponible dans le guide de la démarche)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

---

**La loi rend possible 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**

Invalidité : Demande d'allocation supplémentaire d'invalidité 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.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant, et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

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 indus, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.