CNAS

**Documents à envoyer à :**
**CNAS**
**TSA 70042**
**27091 EVREUX CEDEX 9**

**2025**

Effacer les données

# Demande de prestations
# SOLIDARITÉ

Pour un traitement optimisé de votre demande, remplir toutes les zones en majuscules et en noir.
Ne pas agrafer, ni scotcher les pièces jointes.

DEMANDE EN LIGNE POSSIBLE

**N° de BÉNÉFICIAIRE**

Les informations suivantes sont à renseigner **OBLIGATOIREMENT :**

**Organisme ou employeur adhérent** **Département**

**Nom**

**Nom de naissance**

**Prénom** **Datedenaissance** / /

**Adresse actuelle**

**CP** **Ville**

**Adresse courriel :** **et/ou Portable**

## Situation familiale (en cas de changement, joindre un justificatif) :

☐ Célibataire ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) depuis le / /

## Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou la personne à laquelle vous êtes lié(e) par un Pacs :

Nom Prénom

Date de naissance / / Est-il (elle) bénéficiaire du CNAS ? ☐ OUI ☐ NON N° de bénéficiaire

Organisme ou employeur adhérent

Vos enfants à charge ou ceux de votre conjoint(e), concubin(e) ou personne à laquelle vous êtes lié(e) par un Pacs, **s'ils vivent sous votre toit de façon permanente ou en garde alternée ou partagée :**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance Enfant du conjoint ☐

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance Enfant du conjoint ☐

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance Enfant du conjoint ☐

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance Enfant du conjoint ☐

Les informations recueillies sur ce formulaire seront traitées par le CNAS, responsable du traitement, pour examiner votre demande et l'enregistrer dans votre compte CNAS. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données personnelles » dans le pied de page de notre site Internet «https://www.cnas.fr (rubrique accessible après connexion à votre compte en ligne) ou adresser votre demande par voie postale accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse : CNAS – Service protection des données - 3 rue Gustave Eiffel - CS 30406 – 78284 GUYANCOURT Cedex.

Le CNAS se réserve le droit de demander les justificatifs originaux, et de procéder à des vérifications supplémentaires.

**Case à cocher obligatoirement pour les prestations : enfant handicapé, handicapé avec tierce personne et garde jeune enfant handicapé.**

☐ *En soumettant ce formulaire, j'autorise le CNAS à traiter des données de santé à caractère personnel, justifiant mon éligibilité à cette offre de prestation.*

**Joindre un RIB à votre nom avec BIC et IBAN.**

**Le CNAS se dégage de toute responsabilité en cas d'erreur de transmission de RIB.**

Date / /

Les conditions d'application sont celles en vigueur à la date de réception du dossier
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur ce formulaire.

Signature

**Attention :** vous disposez d'un délai de **6 mois** à compter de la date de l'événement pour faire votre demande. Passé ce délai, celle-ci sera refusée.

## INFORMATIONS IMPORTANTES

Certaines prestations d'action sociale sont considérées comme **compléments de revenus** et sont ainsi soumises à l'**impôt sur le revenu** *(plus d'infos en page 3 de ce document)*.







Lorsque vous demandez une prestation soumise à l'impôt sur le revenu, signalée par le pictogramme ci-contre, vous devez impérativement fournir au CNAS les données et justificatifs listés ci-dessous.

### JUSTIFICATIFS À FOURNIR :

- ☐ Attestation de l'assurance maladie : téléchargeable sur le site ameli.fr
- ☐ Copie recto/verso de la carte nationale d'identité ou du passeport ou du titre de séjour/résident (en cours de validité).

## DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

**ATTENTION : à compléter uniquement pour les demandes de prestations ayant le pictogramme «prestation imposable»** PRESTATION IMPOSABLE

**Numéro de sécurité sociale :**

**Le Numéro Technique Temporaire est à fournir uniquement si vous ne possédez pas de numéro de sécurité sociale.**

**NTT :**

☐ Je certifie sur l'honneur que mon NTT est valide

**Prénoms (présents sur vos documents officiels à espacer d'une case) :**

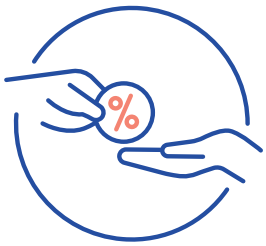
**Pays de naissance**

**Ville de naissance**

**N° de département de naissance**

### CONSENTEMENT :

☐ Pour bénéficier de la prestation, j'accepte que le CNAS modifie mes données à caractère personnel si les informations que j'ai saisies ne correspondent pas exactement à celles du justificatif que j'ai fourni. Le CNAS pourra ainsi procéder à une déclaration exacte auprès de l'administration fiscale et éviter le rejet de ma demande.



# Évolution 2025

Certaines prestations d'action sociale sont considérées comme **compléments de revenus** et sont ainsi soumises à l'**impôt sur le revenu**.




**Ces prestations sont signalées par ce pictogramme.**

**Concrètement, comment cela se passe-t-il ?** À partir du 1er janvier 2025, lorsque vous demandez une prestation soumise à l'impôt, l'administration fiscale communique au CNAS votre taux de prélèvement à la source.

- **Si vous n'êtes pas imposable,** vous percevrez le montant de la prestation indiqué dans le catalogue.

- **Si vous êtes imposable,** l'impôt dû sera déduit du montant de la prestation.
  Le montant final versé par le CNAS peut donc être différent de celui affiché au catalogue.

**Afin de limiter l'impact financier pour vous, le conseil d'administration du CNAS a décidé de :**

- revaloriser le montant de certaines prestations concernées à hauteur de 10 % ;
- revoir les conditions d'attribution de certaines d'entre elles.

**Si vous demandez l'une de ces prestations, pensez bien à fournir les données et justificatifs demandés en page 2 de ce formulaire.**

**Plus de détails sur cnas.fr**
**Cochez les cases devant la(les) prestation(s) demandée(s)**

## ☐ CATASTROPHE NATURELLE

Prestation accordée pour faire face aux réparations rendues nécessaires après une catastrophe naturelle sur votre **résidence principale** et sur présentation des justificatifs suivants :

- ☐ copie de l'arrêté ministériel déclarant l'état de catastrophe naturelle ou attestation du maire précisant que les biens du bénéficiaire sont effectivement sinistrés à la suite d'une catastrophe naturelle, engageant une demande d'arrêté ministériel par la collectivité.
- ☐ copie de la facture attestant de la nécessité d'effectuer des travaux liés à la catastrophe
- ☐ copie de l'attestation de prise en charge de l'assurance

## ☐ DÉCÈS BÉNÉFICIAIRE ☐ DÉCÈS CONJOINT, ASCENDANT, ENFANT




- **Décès du bénéficiaire** :
  - ☐ Copie de l'acte de décès

  + Documents complémentaires à fournir selon le cas :
  - ☐ Copie de l'avis d'impôt du concubin justifiant de 2 ans de vie commune
  - ☐ Copie de l'attestation de Pacs
  - ☐ Copie du livret de famille
  - ☐ Copie de l'acte notarié ou certificat d'hérédité mentionnant les nom et prénoms de la personne porte-fort
  - ☐ Copie de la facture de l'entreprise des pompes funèbres ou autre organisme
- **Décès du conjoint, de l'ascendant ou d'un enfant à charge* :**




  - ☐ Copie de l'acte de décès
  - ☐ RIB

  + Documents complémentaires à fournir selon le cas :
  - ☐ Copie de l'avis d'impôt du concubin justifiant de 2 ans de vie commune
  - ☐ Copie de l'attestation de Pacs
  - ☐ Copie du justificatif de l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et de l'attestation sur l'honneur précisant que l'ascendant vivait sous le toit du bénéficiaire
  - ☐ Pièce justifiant que l'enfant était à charge du bénéficiaire, pour les enfants au-delà de 18 ans
  - ☐ Copie de la facture de l'entreprise des pompes funèbres ou autre organisme

* voir modalités sur le *Guide des prestations*

## ☐ ENFANT HANDICAPÉ







☐ Copie de la carte d'invalidité ou de la décision de la commission d'admission réglementaire (MDPH), justificatif PCH ou AEEH ou AAH mentionnant le taux d'incapacité.
**en cours de validité et mentionnant le taux d'incapacité.**




## ☐ HANDICAPÉ AVEC TIERCE PERSONNE (Hors travailleur et auxiliaire de vie scolaire)




☐ Copie de la carte d'invalidité **en cours de validité** précisant le taux d'incapacité ou justificatif d'un organisme habilité (MDPH, CDAPH, sécurité sociale…), portant mention de : tierce personne, besoin d'accompagnement, aide humaine.

## ☐ GARDE JEUNE ENFANT HANDICAPÉ




**Aide à partir des 4 ans de l'enfant en situation de handicap et jusqu'au 31 décembre de l'année des 6 ans.**
Compléter obligatoirement les informations ci-dessous.
J'atteste sur l'honneur que mon (ma) conjoint(e) ou concubin(e)
☐ exerce une activité professionnelle ☐ est en arrêt maladie ☐ est en congé maternité ■ est en stage de formation
☐ est étudiant(e) ☐ est demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi
Fournir :
- copie des justificatifs attestant de la garde de l'enfant à titre onéreux (bulletin de salaire ou attestation PAJEMPLOI)
- la copie intégrale de l'avis de situation déclarative 2024 (impôts sur les revenus 2023), faisant apparaître la ligne 14
- tout document émanant de la commission réglementaire de la MDPH précisant le taux d'incapacité (ou photocopie de la CMI mention «invalidité» en cours de validité pour les enfants dont le taux d'incapacité est supérieur à 80% ou la notification de versement de l'AEEH (prestation versée par la CAF dès 50% de taux d'incapacité))

| | |
|---|---|
| Prénom de l'enfant | Prénom de l'enfant |
| Date de naissance : / / | Date de naissance : / / |
| Montant réglé , € | Montant réglé , € |
| Montant des diverses aides perçues (PAJE, employeur, etc.) – , € | Montant des diverses aides perçues (PAJE, employeur, etc.) – , € |
| **Reste à charge** = , **€** | **Reste à charge** = , **€** |
| pour la période du / / au / / | pour la période du / / au / / |

*Pour demander une autre prestation, connectez-vous sur cnas.fr ou remplissez le formulaire correspondant*