

Demande d'Aide à l'Hébergement



Le dispositif d'Aide à l'Hébergement mis en place par INSEME vise à contribuer à faire face aux frais d'hébergement d'une personne devant se rendre sur le continent pour raison médicale, avec accord de prise en charge par l'Assurance Maladie, ou de son accompagnateur.

Après examen et acceptation de votre demande, **si l'hébergement dans les appartements de l'Association INSEME a préalablement été plébiscité mais qu'ils étaient complets**, l'Association INSEME peut vous attribuer une aide financière **en complément de la prise en charge de votre mutuelle**, à hauteur de :

Patient majeur	<u>Cas particuliers patient majeur:</u> -hébergement supérieur à 30 nuitées consécutives OU -demande d'une assistante sociale	Patient mineur
50% des frais dans la limite de 30 € par nuitée	100% des frais dans la limite de 30 € par nuitée	100% des frais dans la limite de 60 € par nuitée

Afin de bénéficier de ce dispositif de soutien :

1-Adhérez à notre Association pour l'année en cours (possible sur www.inseme.org)

2-Complétez ce formulaire et **envoyez-le** par mail avec tous les justificatifs listés ci-dessous à l'adresse info@inseme.org

Pour être validée, cette demande doit avoir lieu dans les 3 mois qui suivent la date de la facture d'hébergement.

De plus, les demandes relatives à l'année en cours doivent nous parvenir au plus tard le 31/01 de l'année suivante.

À tout moment, sur demande de l'Association, le bénéficiaire devra pouvoir justifier de ses trajets allers-retours sur le continent avec un billet d'avion et une carte d'embarquement à son nom correspondant aux dates de l'hébergement.

Nom, Prénom :

Adresse :

N° de téléphone e-mail:.....

- J'ai vérifié avoir une adhésion valide à l'Association INSEME pour l'année en cours, à défaut mon dossier ne pourra être traité.

Je sollicite une Aide à l'Hébergement pour un montant total d'hébergement de€ , au sein :

- d'une structure associative :.....
 d'une structure privée :.....
 d'une structure hôtelière :.....

Dans la ville de :

Pour un séjour d'une durée de : nuitée(s) Date d'entrée : .../...../..... Date de sortie : .../...../.....

J'atteste joindre à ma demande les documents suivants :

- La photocopie du document « Demande d'accord préalable – Prescription médicale de transport » relative au déplacement du malade concerné, complétée par le médecin et validée par l'organisme de sécurité sociale.
 La photocopie de la carte d'identité du patient et du ou des accompagnant(s).
 La facture relative aux frais d'hébergement.
 L'attestation de non prise en charge par ma Mutuelle des frais d'hébergement, ou de prise en charge partielle.
 R.I.B
 Un document justifiant la présence pour soins aux dates de l'hébergement.

Signature : (Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez nous contacter.