

"© TSA – Modèle gratuit à usage strictement personnel. Reproduction ou utilisation commerciale interdite (Art. L.122-4 CPI)."

மாநில மருத்துவ உதவி (AME) - முழு வழிகாட்டி

பிரான்சில் சட்டவிரோதமாக வசிப்பவர்களுக்கான மருத்துவ உதவி பெறுவது எப்படி?

மாநில மருத்துவ உதவிக்கான விண்ணப்பம் (AME)

(சமூக செயல் மற்றும் குடும்பங்களின் சட்டம் L.251 முதல் L.252-4, D.252-2 வரை)

அடிப்படை தகவல்கள்

✓ பிரான்சில் உங்கள் தங்குதல் சட்டபூர்வமாக இல்லாவிட்டாலும், AME நகர மருத்துவமனைகள் மற்றும் மருத்துவ நிலையங்களில் உங்கள் சிகிச்சை செலவுகளை ஈடுகட்டும்.

✓ 18 வயது மற்றும் அதற்கு மேற்பட்டவர்களுக்கு AME பெற 2 நிபந்தனைகள்:

- 1) பிரான்சில் 3 மாதங்களுக்கு மேல் தங்கியிருத்தல்
 - 2) வருவாய் குறிப்பிட்ட அளவுக்கு கீழே இருப்பது
- ✓ AME அட்டை 12 மாதங்களுக்கு செல்லுபடியாகும்

யார் பெறலாம்?

- உங்கள் கணவர்/மனைவி, PACS பங்காளி
- உங்கள் குழந்தைகள் (21 வயது வரை - படிப்பு/உடல் ஊனம் இருந்தால்)
- உங்களோடு 12 மாதங்களுக்கு மேல் வாழும் உறவினர் (எ.கா: 25 வயது மருமகன்)

! குறிப்பு: சிறார்களுக்கு வருவாய்/தங்குதல் ஆதாரங்கள் தேவையில்லை

விண்ணப்பிக்கும் முறை

முதல் முறையாக விண்ணப்பிக்கும் போது:

1. உங்கள் வசிப்பிடத்திற்கு அருகிலுள்ள மருத்துவ காப்பீட்டு நிறுவனத்தில் **நேரில்** விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிக்கவும்
2. மருத்துவமனை/PASS மூலம் சிகிச்சை பெற்றால், அவர்கள் 8 நாட்களில் உங்கள் விண்ணப்பத்தை சமர்ப்பிப்பார்கள்

நீட்டிப்புக்கு:

- நேரடியாக மருத்துவ காப்பீட்டு நிறுவனத்திற்கு அனுப்பலாம்
- CCAS/சமூக சேவை மையங்கள்/அங்கீகரிக்கப்பட்ட அமைப்புகளில் சமர்ப்பிக்கலாம்

சிறப்பு நிலைகள் (முதல் முறை விண்ணப்பத்திற்கும் இது பொருந்தும்):

- தனியாக வந்த சிறார்கள்
- நடக்க இயலாதவர்கள் (மருத்திர சான்றிதழ் தேவை)
- பாதுகாவலரின் கீழ் உள்ளவர்கள் (நீதிமன்ற ஆவணம் தேவை)

முக்கியமான ஆவணங்கள்

அடையாள சான்றுகள் (நீங்கள் மற்றும் குடும்ப உறுப்பினர்களுக்கு):

- பாஸ்போர்ட் (எல்லா பக்கங்களின் நகல்)
- தேசிய அடையாள அட்டை
- பிறப்புச் சான்றிதழ்/குடும்ப பதிவேடு

வசிப்பிட ஆதாரங்கள் (3 மாதங்களுக்கு மேல்):

- வாடகை ஒப்பந்தம்/பில்
- மின்சார/தண்ணீர்/தொலைபேசி பில்
- CCAS மூலம் வசிப்பிட சான்றிதழ்
- உங்களை யாராவது வீட்டில் வைத்திருந்தால், அவர்களின் ஆதாரம் + வாக்குமூலம்

வருவாய் ஆவணங்கள்:

- கடந்த 12 மாதங்களின் வருவாய் விவரங்கள்
- வெளிநாட்டு வருவாய் இருந்தால், அதன் ஆதாரங்கள்

! எச்சரிக்கை: தவறான தகவல் கொடுத்தால், AME ரத்து செய்யப்படலாம் + பணம் திருப்பி செலுத்த வேண்டியிருக்கும்

உதவி தேவைப்பட்டால்

☎ 3646 (அமெலி)

🌐 www.ameli.fr

தவறாக நிரப்பியிருந்தால், சரி செய்ய உரிமை உள்ளது. மேலும் தகவலுக்கு மேலே உள்ள தொடர்பு விவரங்களைப் பயன்படுத்தவும்.

(குறிப்பு: இது அதிகாரப்பூர்வ மொழிபெயர்ப்பு அல்ல. சரியான தகவலுக்கு அசல் பிரெஞ்சு ஆவணத்தைப் பார்க்கவும்)



பயன்பாட்டு அறிவிப்பு ;

இந்தக் கடிதம் பொதுமக்களுக்கு எளிதாக பயன்படுவதற்காக ©TSA மூலம் இலவசமாக வழங்கப்படுகிறது. இந்தக் கடிதத்தை நகலெடுத்தல், மாற்றம் செய்தல் அல்லது வர்த்தக இலாப நோக்கில் பயன்படுத்துதல் கடுமையாகத் தடை செய்யப்பட்டுள்ளது. இத்தகைய தவறான பயன்பாடுகள் பிரான்ஸ் அறிவுசார் சொத்துரிமைச் சட்டத்தின் (Art. L.122-4 CPI) கீழ் சட்ட நடவடிக்கைக்கு உட்படுகின்றன.

மாநில மருத்துவ உதவி கோரிக்கை (AME)

(தனிப்பயனாக்கத்தக்கது - உங்கள் தேவைக்கேற்ப மாற்றிக் கொள்ளலாம்)

உங்கள் தகவல்களை இங்கே நிரப்ப மறக்காதீர்கள்.

(Modèle 100% personnalisable - À adapter librement selon votre situation)

விண்ணப்பதாரர் விவரங்கள் (Le demandeur)

முழுப் பெயர் NOM

(பிறப்பால் பெற்ற குடும்பப் பெயர் + திருமணம்/பயன்பாட்டில் உள்ள பெயர்)

பிறந்த நாள்

தனிப்பட்ட பெயர்(கள்) Prénom(s)

இருப்பிட நாடு : ஐரோப்பிய நாடு ☐ - வேறு நாடு ☐**சமூக பாதுகாப்பு எண்/AME எண்**
(உங்களிடம் இருந்தால்)**குடும்ப உதவித் தொகை எண்**
(உங்களிடம் இருந்தால்)

பிரான்சில் உங்கள் முகவரி

அலைபேசி எண்

**அஞ்சல் குறியீடு |

நகரம்**

✓ உங்களுக்கு சொந்த முகவரி இல்லை/ வாடகை வீட்டில் தங்கியிருந்தால் இந்த பெட்டியைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் ☐ (இதற்கான ஆதார ஆவணங்களை இணைக்க வேண்டும்)**முன்பு AME உதவி பெற்றிருக்கிறீர்களா** - இல்லை ☐ - ஆம் ☐ (எந்த ஆண்டு? _____ எந்த மாநிலம்? _____)✓ கடந்த 3 மாதங்களில் நீங்கள்/உங்கள் குடும்பத்தினர் மருத்துவ சிகிச்சை பெற்றால் இந்த பெட்டியைத் தேர்ந்தெடுக்கவும் ☐

! முக்கியம்: மருத்துவமனை சிகிச்சை தொடங்கிய பிறகு விண்ணப்பித்தால், AME அனுமதி சிகிச்சை தொடங்கிய நாளிலிருந்து செல்லுபடியாகும். ஆனால் சிகிச்சை முடிந்த 90 நாட்களுக்குள் விண்ணப்பிக்க வேண்டும்.

பிரான்சில் உங்கள் குடியிருப்பு (Votre résidence en France)

✓ பிரான்சில் நிலையாக வசிக்கின்றீர்கள் ☐
(ஆதார ஆவணங்களை இணைக்க வேண்டும்)

(பிரான்சில் வசிக்கும் உங்களைச் சார்ந்தவர்கள் (மனைவி, சிவில் யூனியன் பங்குதாரர், உடன் வசிப்பவர், குழந்தைகள் மற்றும் இணைந்து வாழ்பவர்)

Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))

| முழுப் பெயர் | தனிப்பட்ட பெயர் | உறவுமுறை | பிறந்த நாள்

1

2

3

வருமான விவரங்கள் (கடந்த 12 மாதங்களின் மொத்தத் தொகை) உங்கள் மற்றும் குடும்பத்தினரின் வருமானம்
(Vos ressources et celles des personnes à votre charge)

வருமான விவரங்கள்

(கடந்த 12 மாதங்களின் மொத்தத் தொகை)

உங்கள் மற்றும் குடும்பத்தினரின் வருமானம்

வருமான வகை	நீங்கள்	துணைவர்*	குழந்தைகள்	உடன் வாழ்பவர்
வெளிநாட்டு வருமானம்	€	€	€	€
சம்பளம்	€	€	€	€
ஒப்பீட்டியம்	€	€	€	€
பிற வருமானம்	€	€	€	€
(விவரம் குறிப்பிடவும்)				

*துணைவர் = கணவர்/மனைவி/PACS பங்காளி/கூட்டு வாழ்க்கைத் துணை

✓ மருத்துவ காப்பீடு/குடும்ப உதவித் தொகை/வேலையாப்பு நலன்கள் பெற்றுள்ளீர்களா?

• ஆம் ☐ இல்லை ☐

✓ இலவச வசிப்பிடம் உள்ளதா?

• ஆம் ☐ (தேதி: _____)• இல்லை ☐

இடம் : _____ **தேதி** : ____/____/____ **கையொப்பம்** : _____

புகைப்படங்கள் மற்றும் அடையாள விவரங்கள் (Photographies et informations d'identité)

! முக்கியம் :

உங்கள் AME அட்டை உருவாக்கும் செயலுக்காக, இந்த விண்ணப்பத்துடன் நீங்கள் கட்டாயமாக கீழ்க்காணும் ஆவணங்களை இணைக்க வேண்டும் :

- உங்களது சமீபத்திய அடையாளப் புகைப்படம் (35 × 45 மிமீ)
- உங்கள் பொறுப்பில் உள்ள ஒவ்வொரு நபரின் புகைப்படமும் (18 வயது மற்றும் அதற்கு மேல்)

Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Le demandeur

Nom (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (surnom) et s'il y a lieu)

Prénom(s) Date de naissance

Nationalité : Européenne * ☐ Autre pays ☐

N° de Sécurité sociale ou d'AME (si vous en avez un)

N° d'allocataire (allocations familiales - si vous en avez un)

Adresse en France N° tél. portable

Code postal Commune

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case ☐ et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non ☐ si oui ☐ année département :

* Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours des trois derniers mois ► cochez la case ☐

IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour d'entrée dans l'établissement ou à la date des soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai de 90 jours à compter du jour de sortie de l'établissement ou de la délivrance des soins. Les droits sont alors ouverts rétroactivement. Vous devez fournir les justificatifs des soins reçus à l'hôpital ou en ville en votre possession.

Votre résidence en France

* Vous résidez en France de façon stable depuis le (joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)

Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

Vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez les montants cumulés au cours des douze derniers mois et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	€	€	€	€
► Salaires	€	€	€	€
► Pensions, retraites et rentes	€	€	€	€
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) Précisez la nature	€	€	€	€
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐		oui ☐ non ☐
► Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? Si oui, depuis quelle date ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐		oui ☐ non ☐
► Pensions alimentaires versées	€	€	€	€

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale de l'Etat peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (article L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-3 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Fait à , le Signature du demandeur :

Ci-contre, cachet de l'organisme ainsi que les nom et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données du traitement VISABIO auprès du ministre de l'égalité et des territoires et des affaires étrangères (direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire) ou du ministre de l'intérieur (direction de l'immigration). En cas de difficulté dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Serbie, Suède, Suisse.

S3720h

IMPORTANT

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, IMPERATIVEMENT, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgée de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, sur fond blanc, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.

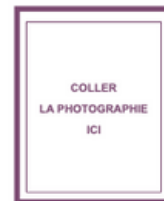
NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

► LE DEMANDEUR

* Nom

* Prénom(s)

* Date de naissance



இந்த படிவத்தை எங்கள் வலைத்தளத்தின் இந்த பிரிவில் பதிவிறக்கம் செய்யலாம்.

பிரெஞ்சு சுகாதாரப் பராமரிப்பு - CPAM

✓ AME (மாநில மருத்துவ உதவி)க்கான கோரிக்கை