MINISTÈRE
DES ARMÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

Secrétariat général pour l'administration
Direction des ressources humaines du ministère de la défense

Service de l'action sociale des armées

Imprimé n° 520/24
Circulaire n° 2025-825/ARM/SGA/
DRH-MD/SCNASA
du 18 juin 2025
Format 21 x 29,7
(recto-verso)

DEMANDE DE PRESTATION D'AIDE À LA COTISATION SANTÉ DES ENFANTS.

I – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU RESSORTISSANT.

NOM :..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département (1) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone professionnel : ..... Téléphone personnel : .....

Adresse électronique : ……..

Situation familiale (2) :
☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire
☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)

Autorité d'emploi (2) :
☐ Air et Espace ☐ DGA ☐ EMA ☐ Gendarmerie ☐ Marine
☐ Service rattaché au ministre ☐ SGA ☐ Terre
☐ Établissement public (3) : …….

Catégorie hiérarchique(2) :
- Civil : ☐ Catégorie A ☐ Catégorie B ☐ Catégorie C ☐ Contractuel ☐ Ouvrier de l'État
- Militaire : ☐ Officier ☐ Sous-officier ☐ Militaire du rang
  Précision militaire(2) : ☐ De carrière ☐ Sous contrat
  Réserviste (2) : ☐ OUI ☐ NON

Position statutaire (4) : .....

II – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES.

Je déclare sur l'honneur :

☐ Être en situation de famille monoparentale avec enfant(s) à charge exclusive, au sens de la législation fiscale, du foyer monoparental et bénéficier de la garde de(s) enfant(s) pour le(s)quel(s) je demande le bénéfice de la présente prestation

ou

☐ Assumer la charge fiscale de mon enfant en situation de handicap

En cas de contrainte opérationnelle :

Êtes-vous impacté par une contrainte opérationnelle forte (2) : ☐ OUI ☐ NON

En cochant oui, je suis conscient que ma demande sera traitée en priorité et qu'une pièce justificative pourrait m'être demandée ultérieurement

III – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS AYANTS DROIT.

ENFANT 1 (à renseigner obligatoirement)

NOM :..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département (1) : .....

Atteint(e) d'un taux d'incapacité d'au moins 50 p.100 (2) ☐ OUI ☐ NON

ENFANT 2 (à renseigner le cas échéant)

NOM :..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département (1) : .....

Atteint(e) d'un taux d'incapacité d'au moins 50 p.100 (2) ☐ OUI ☐ NON

IV – MUTUELLE (2)

☐ Harmonie Mutuelle

☐ Unéo

Je souhaite que la décision d'attribution ou de refus d'attribution de ma demande d'ACSE me soit adressée (2) :

☐ Par voie postale **ou** ☐ Par courriel à l'adresse électronique sus mentionnée

V – DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère des armées et l'élaboration de statistiques aux fins de pilotage de la politique d'action sociale du ministère des armées en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux ressortissants.
La durée de conservation des informations est de deux ans après la dernière intervention effectuée pour le ressortissant puis ces informations sont anonymisées et reversées pour archivage.
Le directeur des affaires juridiques assure la fonction de délégué à la protection des données pour le ministère des armées (daj.delegue.fct@intradef.gouv.fr)
Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation de vos données.
En cas de demande d'accès à vos données traitées par le système d'information de l'action sociale (SIAS) et en cas de demande de rectification de ces données, vous devez vous adresser, par courrier postal, à l'assistant de service social dont vous dépendez qui transmettra votre demande au service de l'action sociale des armées pour décision.
Si vous vous opposez au traitement de vos données, cette prestation, présente dans le SIAS, ne pourra vous être délivrée.
Si vous estimez, que vos droits en matière de protection des données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL par voie électronique (https://www.cnil.fr/fr/plaintes) ou par courrier postal.

VI – DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.

Je soussigné(e), ...

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le système d'information de l'action sociale (SIAS) destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations ;
- sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Ladite aide sera versée sur le compte bancaire suivant (**Joindre un RIB ou RIP**)

[_____] [_____]
IBAN BIC

Nom et adresse de la banque :
.....

Fait à ..... , le .....
Signature

(1) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.
(2) Cocher la case utile.
(3) Indiquer obligatoirement et clairement le nom de l'établissement.
(4) Activité ou non-activité ou congé ou officier général 2ème section. Si non-activité ou congé, préciser.

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

REVENU FISCAL DE RÉFÉRENCE :		**NOMBRE DE PARTS :**		**QUOTIENT FAMILIAL :**	

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE.

Justificatifs obligatoires :

- ✓ Justificatif relatif à la mutuelle complémentaire :
  attestation d'appartenance/adhésion au contrat collectif mentionnant le rattachement de(s) enfant(s) délivrée par la mutuelle (à télécharger sur l'espace personnel de la mutuelle) ;

Justificatifs complémentaires en fonction de la situation :

- ✓ Justificatifs concernant les revenus :
  dernier avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) reçu à la date de dépôt de la demande, de toutes les personnes vivant au foyer. En cas de changement de situation familiale ou de niveau de ressources dans l'année : dernier bulletin de salaire de tous les membres du foyer accompagné d'un justificatif du changement ou du niveau de ressources (chômage du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin, maladie du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin).

- ✓ Pour le demandeur affecté à l'étranger ou en outre-mer, copie de l'ordre de mutation en outre-mer ou à l'étranger. Pour le demandeur ayant été affecté à l'étranger ou en outre-mer entre l'année N-2 et la date du dépôt de la demande, copie de la décision d'affectation en métropole.

- ✓ Justificatif du handicap pour une demande d'aide concernant un enfant en situation de handicap : attestation délivrée par la maison départementale des personnes handicapées justifiant d'un taux d'incapacité d'au moins 50 % de l'enfant ayant droit.

- ✓ Justificatif du handicap pour toute personne au foyer porteuse d'un handicap d'au moins 50 p. 100 (ce justificatif permet le calcul du QF avec une demi-part supplémentaire).