



Demande de prestations

- ⇒ prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (PCF)
⇒ prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (PCC)

A. SITUATION PERSONNELLE DU REQUERANT *(Joindre copie du passeport ou carte d'identité ou carte consulaire)*

1. Nom de famille Indiquer aussi le nom de jeune fille pour les femmes mariées, veuves, divorcées ou séparées

2. Prénom(s) Souligner le prénom usuel

3. Date de naissance Jour - Mois - Année

4. Etat civil Célibataire / Marié(e) / Veuf(ve) / Séparé(e) de fait / Séparé(e) judiciairement / Divorcé(e)
(Cocher ce qui convient)
Depuis quelle date ?

5. Lieu d'origine Canton - Commune - Pays d'origine

6. Résidence en Suisse dès le : _____ En provenance de : _____
7. Résidence à Genève dès le : _____ En provenance de : _____
(Joindre permis d'établissement ou de séjour)
8. Domicile actuel Commune _____ Canton _____
9. Adresse Rue et numéro, numéro postal, EMS, hôpital, institution

10. Numéro(s) de téléphone

11. Cohabitation avec

Nom, prénom	Date de naissance

(laisser en blanc)
N° de bénéficiaire

.....

B. SITUATION PERSONNELLE DU CONJOINT

1. Nom de famille Indiquer aussi le nom de jeune fille de l'épouse ou de l'ex-épouse

2. Prénom(s) Souligner le prénom usuel

3. Date de naissance Jour - Mois - Année

4. Lieu d'origine Canton - Commune Pour les étrangers, pays d'origine

5. Résidence en Suisse dès le : _____
6. Résidence à Genève dès le : _____
7. Domicile actuel Commune _____ Canton _____
8. Adresse Rue et numéro, numéro postal, EMS, hôpital, institution

9. Profession

F. RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

1. Votre situation économique (ressources, fortune, dépenses) s'est-elle modifiée par rapport à celle de l'année précédente ?

OUI NON (cocher ce qui convient)

Si oui, indiquer les motifs : _____

2. Est-ce que vous et/ou votre conjoint avez cédé des biens à des enfants ou à des tiers, ou renoncé à des revenus en faveur d'enfants ou de tiers ?

OUI NON (cocher ce qui convient)

Si oui, à quelle date ? _____ De quelle nature ? _____

Destinataire(s)

Nom / Prénom	Date de naissance	Adresse exacte	Lien de parenté	Montant

3. Avez-vous déjà bénéficié de prestations complémentaires ou d'aide sociale à Genève ou dans un autre canton, ou touchez-vous des prestations complémentaires ou d'aide sociale dans un autre canton ?

OUI NON (cocher ce qui convient)

Si oui, où et jusqu'à quelle date ? _____

4. Avez-vous déjà déposé une demande de prestations complémentaires ou d'aide sociale à la suite de laquelle vous avez reçu une décision de refus ?

OUI NON (cocher ce qui convient)

Si oui, date et motif du refus _____

5. Avez-vous une assurance-maladie complémentaire ?

OUI NON (cocher ce qui convient)

Si oui, joindre la police d'assurance

Le requérant ou son représentant déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont **exacts et complets**.

Le requérant ou son représentant autorise les administrations fiscales, les établissements publics et privés (banques, compagnies d'assurances, caisses de pensions, etc.) à donner au service des prestations complémentaires (SPC), tout renseignement sur les avoirs, comptes et autres biens du requérant, ainsi que ceux des personnes à sa charge.

Le requérant ou son représentant s'engage à informer le SPC sans retard de tout changement de la situation personnelle, des revenus, du patrimoine et des dépenses du requérant et des personnes à sa charge.

Le requérant ou son représentant soussigné demande que les prestations auxquelles il pourrait avoir droit soient versées sur le compte :

A LA POSTE
Compte postal N°
IBAN :

A LA BANQUE
Nom de l'établissement :
N° de compte :
IBAN :

Le/la conjointe du requérant, également au bénéfice d'une rente AI ou AVS, demande que les prestations auxquelles il/elle pourrait avoir droit soient versées sur le compte :

A LA POSTE
Compte postal N°
IBAN :

A LA BANQUE
Nom de l'établissement :
N° de compte :
IBAN :

Les banques et offices postaux sont autorisés à retourner au SPC et à porter de nouveau au débit du compte, sans autre formalité, même après le décès de l'ayant droit, les prestations éventuellement versées et portées à tort au crédit.

La personne désignée, ci-après, peut être contactée par le SPC pour apporter tout renseignement complémentaire.

M. / Mme _____

Adresse _____

Téléphone : _____

Date : _____

Signature du requérant ou de son représentant : _____

Signature du conjoint / concubin / partenaire en ménage commun : _____

M. / Mme _____

représentant du requérant _____

Adresse _____

En qualité de _____

Téléphone : _____

En annexe, le requérant remet toutes les photocopies des pièces justificatives des rubriques concernées



AVIS IMPORTANT

Madame, Monsieur,

Nous vous rendons attentif/ve au fait que **tous les justificatifs** nécessaires au calcul de votre droit aux prestations complémentaires doivent nous être transmis **dans un délai de 3 mois** à compter de la date de dépôt de votre demande de prestations complémentaires.

A défaut, le début du calcul de votre droit prendra effet à partir du mois au cours duquel notre service sera en possession de tous les documents utiles.

Dès lors, **avant de déposer votre demande**, il convient de vous assurer que tous les justificatifs relatifs à votre situation personnelle et financière soient disponibles et joints à votre requête (par exemple : jugement de divorce, relevés de comptes bancaires/postaux au 31 décembre, justificatifs actuel des rentes, bail à loyer et avenant, évaluation de la valeur vénale des biens immobiliers notamment à l'étranger, etc.).

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Ce document est valable sans signature