

Annexe 1 - Demande de prise en charge

Remarque pour les secouristes :

Vous avez traité un patient sans assurance maladie et avez ainsi apporté une aide qui aurait dû être fournie par l'organisme d'assistance sociale, lequel n'a pas pu la fournir en raison d'un manque de connaissance de la situation d'urgence. En tant que secouriste, vous demandez désormais le remboursement de vos frais de traitement auprès de l'organisme d'assistance sociale compétent. La condition pour cette demande de remboursement est que l'organisme d'assistance sociale compétent aurait fourni les prestations conformément au Livre XII du Code social allemand (SGB XII) si elle en avait eu connaissance en temps utile. Fondamentalement, le patient que vous avez traité aurait dû avoir droit à la prestation. La charge de la preuve vous incombe. Pour vous permettre de prouver plus facilement l'obligation de prestation de l'organisme d'assistance sociale, le questionnaire ci-joint a été élaboré pour obtenir les mêmes informations que celles que l'organisme d'assistance sociale aurait demandé lors de l'entretien préalable du patient avant le traitement. Dans votre propre intérêt, nous vous prions donc instamment de faire remplir ce questionnaire avec le consentement exprès du patient et de le joindre à votre demande de remboursement des frais conformément au § 25 du SGB XII ou au § 6a de l'AsylbLG avec les pièces justificatives.

Remarque pour les patients :

Vous avez reçu un traitement médical à l'hôpital et n'avez pas d'assurance maladie. Par conséquent, vous devez vous-même assumer les frais de votre traitement. Toutefois, à titre exceptionnel, vos frais de traitement peuvent être remboursés à l'hôpital par l'organisme d'assistance sociale compétente si vous avez droit à une aide sociale ou à des prestations en vertu de la loi sur les prestations sociales pour les demandeurs d'asile. Pour le vérifier, nous vous prions instamment de remplir entièrement et de signer le questionnaire ci-joint. Ensuite, l'hôpital qui vous a traité sans couverture d'assurance maladie soumettra le questionnaire avec sa demande de remboursement des frais conformément au § 25 XII ou au § 6a de l'AsylbLG au bureau des services sociaux compétent.

Remarque pour les étrangers :

Les personnes mentionnées dans le § 203, alinéas 1 à 3 du StGB (code pénal allemand) (par ex. un médecin, l'administration hospitalière) sont tenue au **secret professionnel** le § 203 du StGB. Conformément au § 25 du SGB XII ou au § 6a de l'AsylbLG, le bureau des services sociaux est autorisé à transférer vos données au bureau de l'immigration dans le cadre de l'examen d'une demande. Toutefois, seuls le **nom** et la **date de naissance** seront communiqués.

Les informations que vous fournissez à l'hôpital en rapport avec la revendication de droits conformément au § 25 du SGB XII devant être transmises par l'hôpital au service social dans le cadre de la liquidation ne peuvent pas être utilisées pour des mesures relatives à la loi sur le séjour des étrangers ou à la loi sur la liberté de circulation/UE (ladite **protection prolongée des données sociales**). La protection prolongée des données sociales ne s'applique pas si vous avez droit à des prestations en vertu de l'AsylbLG. Dans ce cas, le bureau de l'immigration est autorisé à utiliser vos données transmises par le service social, le cas échéant, également pour des mesures selon la loi sur le séjour des étrangers ou à la loi sur la liberté de circulation.

Une transmission au bureau de l'immigration a également lieu,

pour éviter un danger sérieux pour la vie et l'intégrité corporelle de l'étranger ou de tiers, et si l'étranger met en danger la santé publique et que des mesures de protection spéciales pour exclure le danger ne sont pas possibles ou ne sont pas respectées par l'étranger (a§ 88 al. 2 n° 1 de la AufenthG)

ou

Annexe 1 - Demande de prise en charge

dans la mesure où les données sont nécessaires pour déterminer si les conditions prévues par le § 54, al. 2, n° 4 de l'AufenthG sont remplies (toxicomanie grave et refus d'une mesure de réhabilitation nécessaire), § 88, al. 2, n° 2 de l'AufenthG.

Le point 1 suivant doit être rempli par le secouriste.

1. Urgence médicale

a) Description de l'urgence médicale, y compris le diagnostic, le traitement requis et le certificat d'urgence (à délivrer directement par le secouriste, par exemple l'hôpital, et à joindre à la demande)

b) Moment de l'admission/période de traitement

Les points 2 à 13 suivants doivent être remplis par le patient

2. Vos données personnelles

Nom :

Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe :

Nationalité :

Situation familiale :

Adresse (c/o également) :
ou lieu de séjour habituel le cas échéant :

Adresse d'origine le cas échéant :

Téléphone (facultatif) :

Veillez joindre une copie de votre passeport ou une autre preuve d'identité appropriée (par exemple d'autres documents officiels dotés d'une photo d'identité comme un permis de conduire, etc.)

Copie impossible car

À la place, l'identité sera vérifiée comme suit :

Quel est votre **statut de séjour** ?

(Veillez joindre une copie de l'attestation)

Annexe 1 - Demande de prise en charge

Déclaration/statut du titre de séjour ou autre certificat :

Valide jusqu'au :

Délivré par :

3. Pour les patients mineurs : Informations concernant les parents

Père :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Assurance maladie chez :

Mère :

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Assurance maladie chez :

a) Les **parents** ont-ils des **revenus** ?

Oui – de quel montant ? : _____ euros/mois

Il s'agit de revenus provenant :

d'emploi assujéti aux cotisations obligatoires de l'assurance sociale

d'un emploi à horaires réduits (mini job)

d'une activité indépendante

de prestations sociales (par ex. le SGB II)

(Veuillez fournir les attestations)

Non

Si non, la subsistance est financée comme suit :

4. Informations sur les revenus et le patrimoine

Comment subvenez-vous à vos besoins ?

a) Disposez-vous de **revenus** ?

Oui – de quel montant ? : _____ euros/mois

Si oui : Il s'agit de revenus provenant :

Annexe 1 - Demande de prise en charge

- d'emploi assujetti aux cotisations obligatoires de l'assurance sociale
 - d'un emploi à horaires réduits (mini job)
 - d'une activité indépendante
- de prestations sociales (par ex. le SGB II)
 - Pension alimentaire
 - Autres revenus (retraite, loyer, etc.)

Non

Si non, la subsistance est ou a été financée par (énumération concrète de la manière et du lieu où la subsistance a été assurée, par ex. collecte de bouteilles, vente du Hinz&Kunzt) :

b) Possédez-vous un patrimoine en Allemagne ou dans un autre pays (notamment pour les étrangers : dans votre pays d'origine) ?

Non

Oui – de quel montant et de quelle valeur ?

Espèces :

Épargne financière :

Propriété/immobilier :

Véhicule :

Autres actifs :

5. Fait de tiers dans la maladie

Un tiers est-il responsable de votre maladie (par exemple, un accident de voiture) ?

Non

Oui

Si oui, veuillez décrire, en cas d'accident, le lieu et les circonstances qui ont conduit à l'accident :

Veuillez indiquer le nom et l'adresse du tiers ou, le cas échéant, de l'assurance :

Y a-t-il un **accident en rapport avec votre activité/emploi** (par exemple, un accident de travail, un accident scolaire, un accident de voyage) ?

Non

Annexe 1 - Demande de prise en charge

Oui

Si oui, veuillez décrire le lieu et les circonstances qui ont conduit à l'accident :

Veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'employeur ou de l'école :

Veuillez indiquer le nom et l'adresse de la compagnie d'assurance :

6. Assurance maladie propre

Avez ou aviez-vous une assurance maladie en Allemagne ?

Oui :

Assurance maladie obligatoire (assurance familiale le cas échéant)

Assurance maladie privée

Nom et siège de la compagnie d'assurance ou de la caisse d'assurance maladie :

Jusqu'à quand étiez-vous assuré ?

Non

Si non : je choisis la caisse d'assurance publique suivante :

Avez ou aviez-vous une assurance maladie dans votre pays d'origine ?

Oui - veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance / le siège / le pays

(La copie d'une attestation, par ex. la carte d'assurance maladie étrangère, **European Health Insurance-Card** (HEIC, carte d'assurance maladie européenne), une attestation provisoire (PEB) doit être fournie)

Non

(Une copie de la preuve de non-existence doit être fournie)

Jusqu'à quand étiez-vous assuré ?

Avez ou aviez-vous eu une **assurance maladie de voyage** dans votre pays d'origine ?

Oui - veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance / le siège / le pays
(Veuillez joindre une copie de l'attestation)

Non

7. Assurance maladie de l'époux/épouse ou du / de la conjoint(e)
(si le partenariat civil est équivalent au mariage dans le pays d'origine)

Nom :

Avez ou aviez-vous une assurance maladie en Allemagne ?

Annexe 1 - Demande de prise en charge

Oui :

Assurance maladie obligatoire (assurance familiale le cas échéant)

Assurance maladie privée

Nom et siège de la compagnie d'assurance ou de la caisse d'assurance maladie :
(Veuillez joindre une copie de l'attestation)

Jusqu'à quand étiez-vous assuré ?

Non

Votre époux/épouse ou conjoint(e) a ou avait-il/elle une assurance maladie dans le pays d'origine ?

Oui - veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance / le siège / le pays

(La copie d'une attestation, par ex. la carte d'assurance maladie étrangère, **European Health Insurance-Card** (HEIC, carte d'assurance maladie européenne), une attestation provisoire (PEB) doit être fournie)

Non

(Une copie de la preuve de non-existence doit être fournie)

Votre époux/épouse ou conjoint(e) a ou avait-il/elle conclu une assurance maladie de voyage dans le pays d'origine ?

Oui - veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance / le siège / le pays
(Veuillez joindre une copie de l'attestation)

Non

8. En cas de grossesse ou d'accouchement

Père de l'enfant : Nom, adresse, assurance maladie et nationalité

Père inconnu

9. Informations sur l'entrée et le séjour en Allemagne

Quand êtes-vous arrivé en Allemagne ?

Depuis combien de temps séjournez-vous à Hambourg ?

Où séjourniez-vous avant de vous installer à Hambourg ?

Pour quelles raisons êtes-vous venus en Allemagne ?

Annexe 1 - Demande de prise en charge

Un tiers a-t-il fait une **déclaration de prise en charge** auprès du bureau de l'immigration ou de la représentation à l'étranger **conformément au § 68 de la loi sur le séjour avant** votre arrivée ? (Est-ce que quelqu'un souhaitait subvenir à vos besoins en Allemagne ?)

- Non
- Oui - nom et adresse du preneur en charge :
(si possible, fournir une copie de la déclaration de prise en charge)

Êtes-vous prêt à quitter le pays après le traitement ?

- Non, raison :
- Oui

Remarque : Si vous êtes prêt à quitter le pays après le traitement, le départ doit en principe avoir lieu au plus tard un mois après la fin du traitement.

10. Informations concernant l'époux/épouse ou du/de la conjoint(e) du patient :

- Pas d'époux/épouse ni conjoint(e)

Nom :

Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe :

Nationalité :

Activité professionnelle actuelle :

Situation familiale :

Adresse :
(c/o également)

Adresse d'origine le cas échéant :

Téléphone (facultatif) :

Statut de résidence le cas échéant :
(Veuillez joindre une copie de l'attestation)

11. Informations concernant les revenus de l'époux/épouse ou du/de la conjoint(e)

Annexe 1 - Demande de prise en charge

Votre **époux/épouse ou conjoint(e)** ou (dans le cas de patients mineurs) vos **parents perçoivent-ils des revenus ?**

Oui – de quel montant ? : _____ euros/mois

Il s'agit de revenus provenant :

d'emploi assujetti aux cotisations obligatoires de l'assurance sociale

d'un emploi à horaires réduits (mini job)

d'une activité indépendante

de prestations sociales

(Veuillez fournir les attestations)

Non

Si non, la subsistance est financée comme suit :

12. Informations concernant les enfants du patient

Enfants Oui Non

Si oui, veuillez remplir le tableau :

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom			
Prénom(s)			
Nom de naissance			
Date de naissance			
Lieu de naissance			
Sexe			
Nationalité			
Situation familiale			
Adresse (c/o également)			
Statut de résidence le cas échéant :			
Téléphone (facultatif)			
Statut de résidence Statut de résidence (veuillez joindre une copie de l'attestation)			
École, dans la mesure où l'enfant va à l'école			

Annexe 1 - Demande de prise en charge

Le ou les enfant(s) dispose(nt)-il(s) de revenus ?

Oui – de quel montant ? : _____ euros/mois

Il s'agit de revenus provenant :

d'emploi assujetti aux cotisations obligatoires de l'assurance sociale

d'un emploi à horaires réduits (mini job)

d'une activité indépendante

de prestations sociales

Si oui : Une **pension alimentaire** est-elle accordée **aux parents** (par exemple, aides financières, logement) ?

De quel montant ?

13. Soutien d'autres organismes

Avez-vous engagé un **avocat** ? Si oui, dans quels domaines représente-t-il vos affaires ? Y a-t-il des documents vous appartenant ?

Nom :

Adresse :

Tél./FAX/Courriel :

Recevez-vous des conseils et le soutien d'un **service de consultation (pour l'immigration)** ? Avez-vous déjà été en contact avec un service de consultation (pour l'immigration) par le passé ? Y a-t-il des documents vous appartenant ?

Nom :

Adresse :

Tél./FAX/Courriel :

Déclaration du patient / de la patiente

Je déclare que les présentes informations sont véridiques.

J'accepte que mes données soient transmises et traitées à des fins de facturation au service d'aide sociale d'Hambourg dans le cadre d'une demande d'absorption des coûts et, à cet égard, je dégage le médecin du secret professionnel.

Je demande au service d'aide sociale de prendre en charge les coûts du traitement.

Annexe 1 - Demande de prise en charge

Date, lieu et signature du patient/de la patiente