

Requête aux fins de saisine du tribunal judiciaire en matière de contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale

(Article 57 du code de procédure civile et articles L. 142-1, L.142-3, L. 142-4, L. 142-6 et L. 142-7 du code de la sécurité sociale)

Nous vous invitons à lire attentivement la notice n° 52284 avant de remplir ce formulaire.

Cadre réservé au greffe :

Numéro RG :

Requête reçue le :

Pour saisir le tribunal judiciaire d'une contestation en matière de contentieux, général ou technique de la sécurité sociale, et de l'aide sociale, nous vous invitons à prendre connaissance de la notice n° 52284 avant de remplir ce formulaire.

Vous voudrez bien renseigner les rubriques vous concernant, joindre les pièces justificatives, dater et signer votre requête. La présente requête, accompagnée de ses documents, doit être remise au Service d'Accueil Unique du Justiciable (SAUJ) compétent ou adressée au tribunal, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Votre demande :

Vous demandez la convocation de votre adversaire (défendeur) devant le tribunal judiciaire.

Avez-vous déjà déposé un dossier concernant la même affaire devant le tribunal judiciaire ?

oui non

Avez-vous déposé une demande d'aide juridictionnelle ?

oui non

Si oui, une décision a-t-elle été rendue par le bureau de l'aide juridictionnelle ?

oui non

Si oui, indiquer la date et la référence de la décision rendue par le bureau de l'aide juridictionnelle :

Votre identité :

Si vous êtes une personne physique :

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : _____

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Vos prénoms : _____

Vos date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

à _____

Votre (ou vos) nationalité(s) : _____

Votre profession : _____

Votre adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Si vous êtes assisté(e) d'un/une : curateur personne habilitée par le juge

Son nom : _____

Son prénom : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Si vous êtes un mineur non émancipé :

Préciser l'identité de votre représentant légal : père ou mère

Son nom : _____

Son prénom : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Si vous représentez un majeur protégé, précisez votre identité :

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) : _____

Votre nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Vos prénoms : _____

Votre adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |__|__|__|__|__|__| Commune : _____

Pays : _____

Agissant en qualité de :

mandataire (sauvegarde de justice ou mandat de protection future)

tuteur

personne habilitée par le juge

Si vous êtes une personne morale :

Votre forme juridique (SA, SARL, SAS, SNC, EURL, Association, ...): _____

Votre dénomination : _____

L'adresse de votre siège social : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |__|__|__|__|__|__| Commune : _____

Pays : _____

Son représentant légal : _____

Ses nom et prénoms : _____

Personne physique ou morale, vous êtes invité(e) à communiquer les informations suivantes :

Votre adresse électronique : _____

Votre numéro de téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Assistance ou représentation :

Si vous êtes assisté(e) ou représenté(e), vous devrez renseigner les rubriques ci-dessous :

Madame

Monsieur

Maître

Son nom de famille (nom de naissance) : _____

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux/d'épouse) : _____

Son prénom : _____

Sa qualité : avocat

En ligne directe :

ascendant

descendant

conjoint

partenaire de Pacs

concubin

travailleur salarié, employeur ou travailleur indépendant exerçant la même profession

représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou des organisations professionnelles d'employeurs

administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale

- délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives ou des associations régulièrement constituées depuis cinq ans au moins pour oeuvrer dans les domaines des droits économiques et sociaux des usagers ainsi que dans ceux de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté professionnelles d'employeurs
- représentant du conseil départemental
- agent d'une personne publique partie à l'instance

Le représentant doit, s'il n'est pas avocat ou bénéficiaire d'une délégation légale de pouvoir, justifier d'un pouvoir spécial

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |____|____|____|____| Commune : _____

Pays : _____

Son adresse électronique : _____

Son numéro de téléphone : |____|____|____|____|____|____|____|____|

Identité de votre adversaire (défendeur) :

S'il s'agit d'une personne physique :

Madame Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) : _____

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Ses prénoms : _____

Ses date et lieu de naissance : |____|____|____|____|____|

à _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |____|____|____|____| Commune : _____

Pays : _____

S'il s'agit d'un organisme de sécurité sociale, d'une personne publique ou d'une autorité administrative :

Sa dénomination : _____

L'adresse de son siège social : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |____|____|____|____| Commune : _____

Pays : _____

S'il s'agit d'une personne morale non mentionnée ci-dessus :

Sa forme juridique (SA, SARL, SAS, SNC, EURL, Association, ...) : _____

Sa dénomination : _____

L'adresse de son siège social : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_____| Commune : _____

Pays : _____

Si vous avez plusieurs adversaires : identité de l'autre adversaire (défendeur) :

Si votre autre adversaire est une personne physique, remplissez les rubriques suivantes :

Madame Monsieur

Son nom de famille (nom de naissance) : _____

Son nom d'usage (exemple : nom d'époux / d'épouse) : _____

Ses prénoms : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_____| Commune : _____

Pays : _____

Si votre autre adversaire est une personne morale, remplissez les rubriques suivantes :

Forme (SA, SARL, EURL, SCI, SCP,...) : _____

Sa dénomination : _____

Représentée par : _____

Adresse de son siège social : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_____| Commune : _____

Pays : _____

Son numéro de téléphone : |_____|

Son numéro de télécopie : |_____|

Recours préalable obligatoire :

Avant de saisir le tribunal judiciaire compétent, un recours préalable est obligatoire

Il peut s'agir :

► **d'un recours préalable obligatoire formé devant une commission de recours amiable concernant le contentieux (médical ou non médical) de la sécurité sociale** (articles L142-1, à l'exception du 7°, et L. 142-3 du code de la sécurité sociale).

ou

► **d'un recours préalable devant une commission médicale de recours amiable chargée d'examiner les recours préalables obligatoires dans les litiges relatifs au contentieux de la sécurité sociale (article L. 142-6 du code de la sécurité sociale).**

ou

► **d'un recours préalable devant la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, article L. 142-7 du code de la sécurité sociale)**

Veillez renseigner les éléments suivants :

Nom de la commission de recours amiable à laquelle vous avez adressé votre recours préalable :

Avez-vous reçu une décision expresse de la commission de recours préalable :

oui non

Si oui, quelle est la date de réception de la décision de la commission de recours :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre demande :

1) Lorsqu'il constitue un contentieux de la sécurité sociale, il s'agit :

- d'un contentieux agricole
 d'un contentieux non agricole

2) Cochez la ou les cases correspondant à votre ou vos demande(s). Si vous devez ajouter des demandes, vous pouvez utiliser les lignes « Autres demandes » à la fin de la rubrique « votre demande » de la présente requête.

Contentieux de la sécurité sociale (hors médical)

- Contestation d'une décision d'un organisme portant sur l'immatriculation, l'affiliation ou un refus de reconnaissance d'un droit
- Demande d'annulation d'une mise en demeure ou d'une contrainte
- Demande relative aux cotisations, prestations ou allocations
- Demande relative à une élection à un organisme de protection sociale
- Non-respect du principe du contradictoire dans l'instruction par l'organisme de sécurité sociale du dossier d'accident du travail ou de maladie professionnelle
- Contestation de la matérialité du fait accidentel

Non-respect du délai de prise en charge par l'organisme de sécurité sociale en matière de maladie professionnelle

Autre litige : _____

Contentieux (de nature médicale)

Demandes relatives à une maladie professionnelle autres que celles concernant les conditions administratives de reconnaissance

Expertise médicale

Arrêts de travail

Demandes relatives à un accident du travail (caractère professionnel des lésions initiales et des nouvelles lésions)

Contestation de la date de consolidation

Incapacité et inaptitude

Taux de l'incapacité

Expertise médicale

Majeur handicapé – Contestation d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Mineur handicapé – Contestation d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Autre litige : _____

Contentieux de l'aide sociale (Contestation d'une décision relative à une allocation)

Contestation d'une décision en matière de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) prévue à l'article L.861-1 du code de la sécurité sociale.

Contestation d'une décision en matière d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) prévue à l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale.

Contestation d'une décision en matière d'allocation différentielle aux adultes handicapés prévue à l'article L.241-2 du code de l'action sociale et des familles

Contestation d'une décision du président du conseil départemental en matière de prestation de compensation accordée aux personnes handicapées (PCH) prévue à l'article L.245-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) ;

Contestation d'une décision en matière de recours exercé par l'Etat ou le département en application de l'article L.132-8 du code de l'action sociale et des familles (recours en récupération) :

Contestation d'une décision de récupération par le conseil départemental d'aide à l'hébergement de personnes âgées ou handicapées en présence d'obligés alimentaires en application de l'article L.132-6 du code de l'action sociale et des familles

Autre litige : _____

Autres demandes :

Exposé sommaire des motifs de votre demande :

Il est indispensable que vous indiquiez les pièces sur lesquelles se fondent votre demande :

Pièce n° 1 :

Pièce n° 2 :

Pièce n° 3 :

Pièce n° 4 :

Pièce n° 5 :

Pièce n° 6 :

Pièce n° 7 :

Pièce n° 8 :

Pièce n° 9 :

Pièce n° 10 :

Si le nombre de pièces est supérieur vous devez les numéroter à la suite en complétant cette liste

En cas de litige d'ordre médical :

Veillez indiquer les coordonnées du médecin que vous désignez pour recevoir les documents médicaux :

Madame Monsieur

Son nom : _____

Son prénom : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | Commune : _____

Pays : _____

Modalités de comparution devant la juridiction :

Vous devez comparaître à l'audience, à défaut votre requête peut être déclarée caduque et votre adversaire peut obtenir qu'un jugement soit rendu à votre encontre sur les seuls éléments produits par lui.

Vous devez comparaître en personne. Vous pouvez également vous faire assister ou représenter à cette audience par :

- ▶ un avocat,
- ▶ une personne de votre famille (conjoint, concubin, personne avec laquelle vous avez conclu un PACS, parent ou allié en ligne directe ou parent ou allié en ligne collatérale jusqu'au troisième degré inclus),
- ▶ une personne exclusivement attachée à votre service personnel ou à votre entreprise.

Votre représentant, s'il n'est pas avocat, doit justifier d'un pouvoir spécial qui lui donne qualité pour vous représenter au cours de la procédure. En pratique, ce pouvoir est établi par écrit, suivant la formule : « Je soussigné(e), X, donne pouvoir à Y, (préciser le lien de parenté, d'alliance ou de subordination) pour me représenter dans le litige qui m'oppose à Z devant la juridiction de W ».

Votre consentement au déroulement de la procédure sans audience

Je suis informé(e) que le déroulement de la procédure sans audience implique le consentement de toutes les parties à l'instance. Le tribunal peut décider de tenir une audience s'il estime qu'il n'est pas possible de rendre une décision au regard des preuves écrites ou si l'une des parties en fait la demande.

J'accepte que la procédure se déroule sans audience.

Votre consentement à la transmission électronique des avis, récépissés, convocations

Vous souhaitez consentir à la transmission électronique des avis, récépissés et convocations adressés par le greffe à une partie par tous moyens, par lettre simple ou par lettre recommandée.

Vous devez pour cela remplir le formulaire cerfa n° 15414 "Consentement à la transmission par voie électronique".

Signature de la demande :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (prénom, nom) : _____
certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

J'ai bien pris note que ma requête doit être accompagnée des pièces justifiant mes demandes et du bordereau, joint en page 9, signé et daté où elles sont énumérées. L'ensemble des documents doit être remis ou transmis par lettre recommandée avec accusé de réception au greffe, en deux exemplaires.

J'ai bien pris note que je dois adresser à mon (mes) adversaire (s) ces mêmes pièces accompagnées du bordereau avant la première audience (voir notice).

Fait à : _____ Le 1.

Signature du demandeur et/ou du représentant légal :