

# DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE

## KLESIA MUT'



Merci de bien vouloir nous retourner ce dossier ainsi que l'ensemble des justificatifs demandés à l'une des adresses suivantes :

Par mail : [aides.individuelesprevoyance@klesia.fr](mailto:aides.individuelesprevoyance@klesia.fr)

Par courrier : KLESIA - Direction de l'Action sociale

1-13, rue Denise Buisson - 93554 MONTREUIL CEDEX

Vous allez formuler une demande d'intervention sociale. Les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre à la Commission d'Action sociale de prendre une décision concernant votre demande.

Le traitement de votre demande nécessite un bilan approfondi de votre situation au regard des diverses aides qui peuvent vous être accordées sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande, etc.).

La demande que vous déposez auprès de l'Action sociale KLESIA doit intervenir après la sollicitation des aides légales et extra-légales mentionnées en rubrique 7.

### 1. LE DEMANDEUR (ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES ET EN NOIR)

Actif  Retraité  Pré-retraité  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

NOM de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

NOM d'usage \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone : Pers. \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  PACS  Vie maritale

Veuf(ve) • NOM et prénom du conjoint décédé(e) \_\_\_\_\_

• Date de décès du conjoint(e) \_\_\_\_\_

### 2. LE CONJOINT

Actif  Retraité  Pré-retraité  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

NOM de naissance \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_

### 3. AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION

### 4. SITUATION MUTUALISTE

Numéro d'adhérent \_\_\_\_\_

Date d'adhésion \_\_\_\_\_

Nombre de bénéficiaire \_\_\_\_\_

Cotisation mutualiste à jour au \_\_\_\_\_

Montant mensuel de la cotisation \_\_\_\_\_ €

## 5. LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

NATURE DES RESSOURCES	DEMANDEUR	CONJOINT	AUTRE(S)
Salaire			
Indemnités journalières Sécurité sociale			
Indemnités prévoyance			
Indemnités de chômage			
Retraite de base			
Retraite complémentaire			
Rente accident de travail			
Pension d'invalidité			
Rente d'invalidité prévoyance			
Allocations familiales			
Prestations - ASF - PAJE			
Aide au logement			
Allocation adulte handicapé (AAH)			
Allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH)			
RSA			
Pensions alimentaires			
Revenus mobiliers et immobiliers patrimoine			
Autres (précisez) _____ _____			

## 6. LES CHARGES DE VOTRE FOYER

NATURE DES CHARGES	MONTANT MENSUEL
Loyer et charges locatives avant déduction des allocations au logement	
Charges de copropriété	
Frais d'hébergement en établissement de retraite	
Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide ménagère, téléassistance ...)	
Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle)	
Taxe foncière	
Impôt sur le revenu	
Assurances (habitation, automobile ...)	
Électricité - Gaz - Chauffage	
Téléphone - Internet	
Eau	
Frais de scolarité - Frais de garde	
Pensions alimentaires	
Mutuelle	
Frais de transport	
Autres (précisez) _____ _____	

## LES CHARGES DE VOTRE FOYER (SUITE)

### DÉTAILS DES CRÉDITS (IMMOBILIER, CONSOMMATION ...)

ORGANISME	MOTIF	MONTANT PRÊT	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	MENSUALITÉ

Impayés (loyer, ...):  OUI  NON À préciser : \_\_\_\_\_

Dossier de surendettement :  OUI  NON Date

Êtes-vous accompagné(e) par un travailleur social ?  OUI  NON

Précisez ses coordonnées : \_\_\_\_\_

## 7. NATURE DE LA DÉPENSE ET AIDES PERÇUES

NATURE	MONTANT
Dépense engagée	
Remboursement de la Sécurité sociale	
Remboursement de la Mutuelle	
Aides extra-légales du Fonds social de la Sécurité sociale	
Aide financière de la retraite complémentaire	
Aide Conseil Départemental	
Prestation de Compensation du Handicap / Fonds de Compensation du Handicap	
Autres aides exceptionnelles accordées (précisez le nom de l'organisme) : _____	
<b>TOTAL des frais restant à votre charge</b>	

**Avant toute présentation de votre dossier en Commission Sociale Klesia Mut', il est indispensable que vous ayez préalablement sollicité les aides financières auprès des organismes mentionnés ci-dessus.**

## 8. PHOTOCOPIES DES PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT À VOTRE DEMANDE

- Dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (copie intégrale).
- Bordereaux de remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle.
- Justificatifs des ressources et des charges du foyer (correspondant aux ressources et charges).
- Trois derniers relevés bancaires.
- Votre RIB ou le RIB du professionnel de santé.
- Justificatif de la dépense (devis ou facture).
- Notifications de décision des aides légales et extra légales préalablement sollicitées.
- Copie de la carte Mutualiste ou attestation d'appartenance à Klesia Mut'.

