

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 : actionsocialeklesiamut@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 dispositifs mentionnés en rubrique 7. Les adhérents couverts par KLESIA Mut' dans le cadre de la Protection Sociale Complémentaires des personnels civils du ministère des Armées et des Établissements Publics Administratifs (EPA) ne peuvent pas solliciter une aide à la cotisation auprès de l'action sociale de KLESIA Mut' s'ils perçoivent déjà une aide à la cotisation d'un autre organisme.

1 LE DEMANDEUR - Partie à remplir pour tous les motifs de demande d'aide

Actif	Retraité	Pré-retraité	En arrêt maladie	Demandeur d'emploi	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
En invalidité, si oui précisez quel régime					
Veuf(ve) - NOM et prénom du conjoint décédé(e)					
- Date de décès du conjoint(e)					
Autre (précisez)					

2 LE CONJOINT - Partie non-nécessaire pour les demandes d'aide à la cotisation

Actif	Retraité	Pré-retraité	Autre (précisez)
NOM de naissance			Prénom
Date de naissance			
N° de Sécurité sociale			

3 AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE - Partie à remplir pour tous les motifs de demande d'aide

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

4 SITUATION MUTUALISTE - Partie à remplir pour tous les motifs de demande d'aide

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 - Partie non-nécessaire pour les demandes d'aide à la cotisation

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 - Partie non-nécessaire pour les demandes d'aide à la cotisation

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)	

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 - Partie non-nécessaire pour les demandes d'aide à la cotisation

NATURE	MONTANT
Dépense engagée	
Remboursement de la Sécurité sociale	
Remboursement de la Mutuelle	
Aides extra-légales du Fonds social de la Sécurité sociale	
Action Sociale des Armées	
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) :	
TOTAL des frais restant à votre charge	

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**Pour les demandes hors aide au paiement de la cotisation :**

- ▶ 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 :
 - _pour les demandes liées à la santé : fonds sociaux de la CPAM et de la mutuelle du demandeur,
 - _pour les autres demandes : aides légales (départements, caisses de retraite et MDPH en cas de demande liée au handicap) et extra-légales,
 - _pour les bénéficiaires de la Protection Sociale Complémentaire des personnels civils du ministère des Armées et des EPA : Action Sociale des Armées ;
- ▶ copie de la carte Mutualiste ou attestation d'appartenance à KLESIA Mut' ;
- ▶ pour les demandes portant sur des frais associés à une naissance : acte de naissance avec filiation.

Pour les demandes d'aide au paiement de la cotisation :

- ▶ dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (copie intégrale) ;
- ▶ votre RIB ;
- ▶ copie de la carte Mutualiste ou attestation d'appartenance à KLESIA Mut' ;
- ▶ copie de l'appel de cotisation ;

Je déclare sur l'honneur ne pas déjà bénéficier d'une aide à la cotisation proposée aux personnels civils du ministère des Armées et des Établissement publics administratifs (EPA).

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts et que je ne dispose pas d'autres ressources financières.

Date :

Signature :

*(en cas d'impossibilité de signature électronique,
écrire à la place votre prénom et votre nom
pour permettre le traitement de la demande)*

