



ACTION SOCIALE

 **Identités
Mutuelle**
UNIQUE(S) ENSEMBLE

Précisez le bénéficiaire de la demande d'aide

- Adhérent
- Conjoint
- Enfant / Personne à charge

Votre demande concerne une prestation

- Optique
- Dentaire
- Hospitalisation
- Travaux d'adaptation du logement
- Achat grand appareillage (Fauteuil roulant...)
- Prothèse auditive
- Autre

- Afin de permettre aux membres de la commission d'action sociale de bien comprendre votre situation, précisez les raisons de votre demande d'aide (difficultés financières, situation familiale, problèmes de santé, handicap, perte d'autonomie...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Est-ce la première demande que vous présentez à Identites Mutuelle ? OUI NON

- Le cas échéant, date et motif de(s) précédente(s) demande(s) :

/ /	
/ /	

NUMÉRO D'ADHÉRENT

 Madame Monsieur

Nom Nom de jeune fille

Date de naissance Numéro de Sécurité Sociale

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone

Mail

 Célibataire Marié Pacsé(e) Actif
 Concubinage Veuf(ve) Séparé(e) Retraité

CONJOINT

Adhérent Identités Mutuelle ? OUI NON

NUMÉRO D'ADHÉRENT

 Madame Monsieur

Nom Nom de jeune fille

Date de naissance Numéro de Sécurité Sociale

Téléphone

Mail

 Actif Retraité

ENFANTS

Nom, Prénom	Date de naissance	Adhérent Identités Mutuelle
.....	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
.....	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
.....	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

PERSONNE À CONTACTER POUR LE SUIVI DU DOSSIER

 Adhérent Conjoint Enfant / personne à charge
 Membre de la famille ou proche Tuteur ou curateur Assistant(e) sociale

À compléter si la personne à contacter est différente de l'adhérent ou du conjoint

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone

Mail

Les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre à la Commission d'Action Sociale de statuer et prendre une décision concernant votre demande : seul ce service à accès aux informations que vous donnerez.

Indiquez le montant mensuel de vos ressources pour celles qui vous concernent

	BÉNÉFICIAIRE	CONJOINT	PERSONNES À CHARGE
RESSOURCES PRINCIPALES			
Revenus salaire, retrait, indemnités journalière
Allocations Allocations chômage, allocation d'aide au retour à l'emploi
RSA
Rente d'invalidité ou accident du travail
Allocation handicap ou dépendance (AAH, APA, PCH...)
Autres ressources (précisez) :
AUTRES RESSOURCES			
Revenus fonciers
Revenus mobiliers
Autres
TOTAL DES RESSOURCES MENSUELLES

LOGEMENT

Indiquez le montant mensuel des charges de votre foyer

- Propriétaire
 Locataire
- Logé à titre gracieux
 Logé en maison de retraite ou établissement médicalisé

	MONTANT
PROPRIÉTAIRE	
Montant des remboursements d'emprunts immobiliers
Montant des charges de copropriété
LOCATAIRE	
Loyer (hors charges)
Frais d'hébergements en maison de retraite ou établissement médicalisé
Frais de maintien à domicile
Autres (précisez) :
AUTRES CHARGES	
Électricité / Gaz
Chauffage
Eau
Téléphone
Assurances
Autres

IMPÔTS Imposable Non imposable

Impôts sur le revenu
Taxe d'habitation et redevance audiovisuelle
Taxe Foncière

CRÉDITS (autres que crédits pour résidence principale)

Précisez (montant, durée, échéances mensuelles) :
TOTAL DES CHARGES MENSUELLES	

5

AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITÉES

Avez-vous sollicité d'autres organismes concernant cette demande ?

OUI NON

	ACCEPTÉ	REFUSÉ	AIDE ATTRIBUÉE
ORGANISMES			
ANGDM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CAISSE DE RETRAITE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MAIRIES CCAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONSEIL GÉNÉRAL ET RÉGIONAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres organismes (précisez) :			
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE LES JUSTIFICATIFS DE REFUS OU D'ACCORD

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans mon dossier sont exacts et autorise les membres de la commission à prendre connaissance de l'ensemble des éléments justifiant ma demande.

Fait à Le

Signature du demandeur ou de son représentant (précisez alors le nom et la qualité)

En cas de fraude, les sommes versées vous seront réclamées (et la mutuelle se garde la possibilité d'engager des poursuites judiciaires).

Les informations que vous nous avez transmises sont exclusivement destinées à l'étude de votre dossier de demande d'intervention de l'action sociale.

Conformément aux dispositions de la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rétractation et de retrait des données vous concernant sur simple demande écrite auprès d'Identités Mutuelle, Service Qualité, 24 boulevard de Courcelles, 75017 Paris.