
Espace réservé à CDC Mutuelle

Dossier n° :

Gestionnaire du dossier :

Action sociale

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE

A retourner à :

CDC Mutuelle

Secrétariat Action sociale

siege@cdc-mutuelle.org

Objet de la demande :

- Paiement de la cotisation
- Soins courants
- Hospitalisation
- Dentaire
- Optique
- Auditif
- Dépense exceptionnelle

1 - ETAT CIVIL ET SITUATION DU DEMANDEUR :

Nom de Naissance :

Nom Marital :

Prénom :

Date de Naissance :

Numéro de Sécurité sociale :

Adresse :
Code Postal :
Ville :

Téléphone Fixe :
Téléphone Portable :
Adresse électronique :

Situation familiale

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

Date :

Veuf(f) (ve) Nom du conjoint décédé (e)

Date du décès :

Situation professionnelle :

En activité Retraité(e)

En arrêt travail : non oui Depuis quelle date :

Retraité(e) :

Date de cession d'activité :

Nom et adresse caisse de retraite principale :

Nom et adresse caisse de retraite de réversion (si veuf(f)(ve)) :

Protection juridique éventuelle :

Aucune protection juridique

Type de mesure de protection :

- Sauvegarde de justice
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Tutelle

2 - ETAT CIVIL ET SITUATION DU CONJOINT – CONCUBIN – PACSE

Nom de Naissance : _____

Nom Marital : _____

Prénom : _____

Date de Naissance ____/____/____

Situation professionnelle :

Salarié(e) Retraité(e)

Nom de l'employeur :

En arrêt travail : non oui Depuis quelle date ____/____/____

3 - PERSONNES A CHARGE VIVANT AU DOMICILE

Enfant(s) : non oui

Nom - Prénom et âge

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	DATE DE NAISSANCE	Situation de santé Indispensable pour le traitement du dossier

4 - ETAT DE SANTE ET/OU CELUI DE VOS PROCHES

Date d'adhésion à CDC Mutuelle :

Personne(s) qui adhère(nt) :

Commentaires et/ou informations utiles :

--

5 - ETAT DES DEMANDES AUPRES D'AUTRES ORGANISMES :

Oui

- MDPH
- BANQUE
- MAIRIE
- CPAM
- AUTRE MUTUELLE
- CDC (COSOG/MSG)
- AUTRE

Si oui, quelle suite a-t-on donné à votre demande :

- Je n'ai rien obtenu
- J'ai obtenu une aide financière (indiquer le montant)
- J'ai obtenu une aide autre (indiquer laquelle)

Non

--

Documents à joindre pour le traitement de votre demande :

Copie de :

- Trois derniers bulletins de salaire
- Dernier titre de pension/ réversion
- Justificatifs de ressources et de charges (factures téléphone, internet, assurances, transport, prêts, etc...)
- Avis d'imposition n et n-1
- Pièces d'identité
- Carte Vitale
- RIB
- Autre(s) :

- Devis ou facture faisant l'objet de la demande

Espace réservé

AVIS DE LA COMMISSION D'ACTION SOCIALE DE CDC MUTUELLE

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Si vous êtes déjà suivi(e) par une Assistante sociale ou par un représentant légal, indiquez ses coordonnées ci-dessous :

Nom/Prénom :

Téléphone :

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire.
- Je déclare avoir pris connaissance de l'article 441.7 du Code pénal, rappelé ci-dessous.
- Je consens au traitement informatisé de mes données personnelles, pour le strict besoin de l'intervention de CDC Mutuelle.
- Je déclare avoir informé toutes les personnes mentionnées ci-avant et avoir obtenu leur accord pour le traitement informatisé de leurs données personnelles pour les seules finalités de l'intervention du Fonds Social.

Les données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalité l'instruction de votre dossier et sont destinées à l'Assureur responsable du traitement, prestataires et partenaires. La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès des responsables de traitements. Certaines informations pourront également être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

En application de l'article 441.7 du Code pénal, est puni, le fait d'établir une attestation ou un certificat originalement sincère, de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement des données, de limitation du traitement, de portabilité des données qui le concernent. Vous pouvez exercer ces droits par un écrit signé accompagné d'une copie de votre pièce d'identité recto/verso en cours de validité comportant sa signature à CDC Mutuelle 12 avenue Pierre Mendès France 75013 Paris.

Les données le concernant sont conservées pendant toute la durée de l'adhésion et cinq (5) ans après la fin de l'adhésion.

Date :

Signature (obligatoire) :