

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 aides légales et extra-légales mentionnées en rubrique 7.
Les adhérents bénéficiant de la Protection Sociale Complémentaires des civils de la Défense fournie par le groupement Defenseo ne peuvent pas solliciter une aide à la cotisation auprès de l'action sociale de KLESIA Mut'.

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)	

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 :

Née