

AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE ET ENFANTS À CHARGE VIVANT OU NON DANS VOTRE FOYER

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Profession ou autre situation

L'EMPLOYEUR

Identification de l'employeur (ou du dernier employeur en cas de licenciement) :

Adresse exacte de l'employeur : _____

Activité de l'employeur : _____

LES CHARGES DE VOTRE FOYER

Nature des charges	Montant	M	T	A
		Mensuel	Trimestriel	Annuel
Cochez la case				
Loyer et charges locatives		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charges de copropriété		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais d'hébergement en maison de retraite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais de maintien à domicile (aide à domicile, aide ménagère, téléassistance...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taxe d'habitation (y compris redevance audiovisuelle)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taxe foncière		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impôt sur le revenu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurances (habitation, automobile...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electricité - Gaz - Chauffage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléphone		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais de scolarité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensions alimentaires		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotisations Prévoyance ou Mutuelle (précisez le nom et l'adresse de l'organisme) : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉTAILS DES CRÉDITS (IMMOBILIER, CONSOMMATION...)

Organisme	Motif	Montant du prêt	Date du début	Date de fin	Mensualité

Commission de surendettement saisie ? oui non date : _____

Plan conventionnel en cours ? oui non

SANTÉ, AUTONOMIE

Avez-vous des problèmes de santé ou de handicap ?

oui non

Avez-vous besoin d'être accompagné(e) pour sortir de votre domicile ?

oui non

Avez-vous la charge de personnes malades, handicapées ou invalides ?

oui non

SALAIRES, RETRAITES ET AUTRES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

Salaires et assimilés	Demandeur	Conjoint	Autres personne vivant au domicile	M	T	A
				Mensuel	Trimes.	Annuel
Montant perçu				Cochez la case		
Salaires				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocations Pôle Emploi				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnités journalières de Sécurité sociale				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnités journalières complémentaires				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraites de base	D/R⁽¹⁾	Détaillez ci-dessous				
Régime général CNAV, CRAM, CRAV				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutualité sociale agricole (non salarié)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CCMSA (salarié agricole)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régimes spéciaux (EDF, SNCF, fonctionnaires)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres régimes (commerçant, artisan, profession libérale...)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraites complémentaires (Agirc, Arrco, autres... précisez le nom)	D/R⁽¹⁾	Détaillez ci-dessous				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations sociales	Détaillez ci-dessous					
Allocations familiales				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation logement (AL, APL)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSA, Prime d'activité				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AAH, AES, PCH				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTP, APA				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres prestations (AGED, PAJE, API...)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres ressources	Détaillez ci-dessous					
Pensions d'invalidité de Sécurité sociale ⁽²⁾				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensions d'invalidité complémentaire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rente accident du travail				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revenus fonciers				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revenus mobiliers				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensions alimentaires				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) : _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) : _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Précisez : retraite directe (D) ou retraite de réversion (R)

⁽²⁾ Si vous percevez une pension d'invalidité, précisez la catégorie : cat.1 cat.2 cat.3

Vous avez formulé une demande d'intervention sociale auprès de votre institution de prévoyance. Vous devez savoir que :

- les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre au service social de votre institution de prévoyance de prendre une décision concernant votre demande : seul ce service a accès aux informations que vous donnerez,
- certaines questions posées peuvent vous paraître éloignées de l'objet de votre demande ; il vous est cependant demandé d'y répondre afin de réaliser un bilan de votre situation au regard des diverses aides que votre institution peut vous accorder sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande...),
- dans l'objectif d'actualiser ou de préciser les données fournies, nous pouvons être amenés à contacter tout organisme à cet effet.

AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITÉES (AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)

Organisme	En cours	Refus	Accord		
			Date	Motif de l'aide	Montant
Centre communal d'Action sociale ou Mairie					
Conseil Général					
Sécurité sociale					
ASSEDIC					
Institution de retraite complémentaire (nom) : _____					
Mutuelle ou Institution de prévoyance					
Comité d'entreprise					
Autres organismes (précisez) : _____					

MOTIF DE VOTRE DEMANDE

PHOTOCOPIES DES PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE

- 1/ Dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu (copie intégrale)
- 2/ Relevés bancaires ou postaux des trois derniers mois justifiant les ressources et charges du foyer
- 3/ Toutes pièces utiles justifiant votre demande
- 4/ Le(s) dernier(s) bulletin(s) de salaire des personnes vivant au foyer
- 5/ _____
- 6/ _____

D'autres justificatifs pourront vous être demandés à l'étude de votre dossier.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts.

Fait à _____, le _____

Signature :

La présente demande d'intervention sociale doit être retournée à l'adresse indiquée en 1^{re} page, dûment remplie et accompagnée de toutes les pièces justificatives.



ENGAGEMENT SOCIAL

Accords collectifs
CHRS-Fonds de
solidarité

DEMANDE D'INTERVENTION INDIVIDUELLE

Annexe CHRS

MERCI DE RETOURNER CETTE ANNEXE ACCOMPAGNÉE DE VOTRE DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE À L'ADRESSE :

AG2R LA MONDIALE ACTION SOCIALE Aides individuelles TSA 64524 28944 CHARTRES CEDEX 9

DEMANDEUR (ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES ET EN NOIR)

Nom et prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance Lieu : _____

N° de Sécurité sociale

QU'EST-CE QUE LE FONDS DE SOLIDARITÉ SANTÉ DES ACCORDS CHRS ?

Dans votre cotisation relative au régime conventionnel de complémentaire santé de base mutualisé⁽¹⁾, une contribution au « fonds de solidarité Santé » des Accords collectifs CHRS est incluse (2 % de la cotisation). Ce fonds peut intervenir pour la prise en charge de tout ou partie des dépenses liées à la maladie (hospitalisation, dentaire, optique,...) ou liées à un handicap du bénéficiaire.

Les bénéficiaires du fonds de solidarité du régime de complémentaire santé sont :

- Vous : salarié affilié au régime de complémentaire santé mutualisé auprès des organismes assureurs recommandés,
- Votre conjoint et/ou vos enfants si vous avez choisi de leur faire bénéficier de votre couverture en vous acquittant de la cotisation relative à ces ayants droits,
- Les personnes couvertes (salarié et/ou ayants droits) par le régime mutualisé dans le cadre de l'article 4 de la Loi Evin du 31/12/1989 (cf. notice d'information du régime),
- Les demandeurs d'emploi (anciens salariés affiliés) bénéficiaires de la portabilité des droits de l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale (cf. notice d'information du régime).

À noter : ce fonds finance également des actions collectives mises en place dans les entreprises qui ont fait le choix de la mutualisation.

COMMENT SAISIR CE FONDS ?

Pour l'intervention du fonds de solidarité, vous devez avoir rempli une demande d'intervention auprès du fonds social de votre organisme assureur (demande à laquelle le présent document est annexé). Le fonds de solidarité de branche intervient alors en complémentarité de celui de votre organisme assureur. Il n'y a donc pas d'autre démarche à effectuer.

Cette intervention est limitée par la dépense restant à votre charge après intervention de la Sécurité Sociale (régime général et/ou régime local Alsace Moselle), de votre couverture complémentaire santé et éventuellement d'autres organismes compétents (CPAM, CAF, fonds social de l'organisme assureur,...).

L'intervention du fonds de solidarité est en principe limitée, pour le même acte ou soins médicaux, à une prise en charge par an et par bénéficiaire.

Par ailleurs, en cas de difficultés importantes liées à une situation exceptionnelle (financière, familiale,...) et/ou liées à votre état de santé (actes médicaux lourds indispensables), vous pouvez solliciter l'intervention exceptionnelle du fonds de solidarité. Les partenaires sociaux étudieront alors votre demande.

(1) La mutualisation nécessite que l'organisme assureur qui organise votre couverture soit parmi les organismes recommandés par les Accords Collectifs CHRS soit : AG2R ou Mutex (Chorum, Harmonie Mutuelle, EOVI MCD, OCIANE, ADREA et APREVA)



COMMENT CE FONDS DE SOLIDARITÉ FONCTIONNE-T-IL ?

Pour déterminer le montant qui vous sera attribué par le fonds de solidarité, il sera tenu compte :

- de la composition de votre foyer (adultes, enfants) ;
- des charges du foyer⁽²⁾ ;
- de toutes les ressources⁽²⁾ du foyer sauf : la prestation de compensation du handicap (PCH), la majoration tierce personne (MTP), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- de situations de famille particulières : famille monoparentale, bénéficiaire porteur de handicap,...

L'intervention du fonds ne peut aller au-delà de la dépense restant effectivement à votre charge.

ATTENTION

La recevabilité de la demande d'intervention du fonds de solidarité, formulée par le bénéficiaire, est limitée à 12 mois à compter de la réalisation de l'acte ou des soins concernés. Au-delà de ce délai, la demande ne sera pas étudiée.

Les pièces justificatives doivent être transmises dans les 6 mois de la formulation de la demande. Au-delà, la demande ne pourra aboutir.

Les décisions d'attribution des aides du fonds de solidarité ne sont susceptibles d'aucun recours.

Les aides pour des dépenses éligibles sont attribuées dans la limite des fonds disponibles.

(2) cf. demande formulée auprès du fonds social de l'organisme assureur