

DEMANDE D'AIDE AU TITRE DU FONDS SOCIAL

Convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

NOM - PRÉNOMS	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION

ENFANTS HORS FOYER

NOM - PRÉNOMS	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION	PROFESSION DU CONJOINT

CHARGES DU FOYER

NATURE	MONTANT MENSUEL
Loyer	_____ €
Prêts immobiliers (à préciser)	_____ €
	_____ €
	_____ €
Prêts personnels (à préciser)	_____ €
	_____ €
	_____ €
Divers* (à préciser)	_____ €
	_____ €
	_____ €

*Hors charges courantes (EDF, téléphone, assurance, impôts...)



DEMANDE D'AIDE AU TITRE DU FONDS SOCIAL

Convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile

RESSOURCES DU FOYER	MONTANT MENSUEL PERÇU PAR		
	DEMANDEUR	CONJOINT, PARTENAIRE OU CONCUBIN	AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER
SALAIRES ET AUTRES RESSOURCES			
Salaires	_____ €	_____ €	_____ €
Pôle emploi	_____ €	_____ €	_____ €
Indemnité journalière Sécurité sociale et indemnité journalière complémentaire	_____ €	_____ €	_____ €
Pension d'invalidité	_____ €	_____ €	_____ €
Rente accident du travail	_____ €	_____ €	_____ €
Allocation handicapé	_____ €	_____ €	_____ €
Pension "veuve de guerre"	_____ €	_____ €	_____ €
Allocations familiales (à détailler)	_____ €	_____ €	_____ €
	_____ €	_____ €	_____ €
	_____ €	_____ €	_____ €
Allocation logement ou APL	_____ €	_____ €	_____ €
Prestation spécifique dépendance ou allocation personnalisée à l'autonomie ou allocation tierce personne	_____ €	_____ €	_____ €
Autres (à détailler)	_____ €	_____ €	_____ €
	_____ €	_____ €	_____ €
	_____ €	_____ €	_____ €
RETRAITE DE BASE			
Régime général		_____ €	_____ €
Régime agricole		_____ €	_____ €
Régime des non salariés (à préciser)		_____ €	_____ €
		_____ €	_____ €
		_____ €	_____ €
Régimes spéciaux (à préciser)		_____ €	_____ €
		_____ €	_____ €
Fonds national de solidarité		_____ €	_____ €
RETRAITE COMPLÉMENTAIRE			
Nom de la caisse (à préciser)		_____ €	_____ €

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans ce dossier et j'ai pris connaissance qu'en cas de fausse déclaration ou d'omission, la Commission d'action sociale peut exiger le remboursement des sommes qu'elle m'aurait versées.

Fait à _____,

Signature

le



EXPOSÉ DE LA SITUATION

(N'oubliez pas de joindre à votre demande les pièces justificatives mentionnées en annexe et de préciser les autres organismes sollicités et les aides obtenues ou en cours d'examen)

MONTANT DE L'AIDE DEMANDÉE : _____ €

Si la place réservée à votre exposé est insuffisante, vous pouvez poursuivre la rédaction de celui-ci sur papier libre.

**CADRE RÉSERVÉ
AU TRAVAILLEUR
SOCIAL OU
AU SERVICE
DU PERSONNEL
DE L'ENTREPRISE
(NON OBLIGATOIRE)**

Nom _____ Prénom _____

Qualité _____

Tél. domicile [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Tél. professionnel [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Tél. mobile [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

E-mail _____

Si paiement nécessaire à un tiers, préciser les coordonnées du destinataire et joindre son RIB :

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans ce dossier et j'ai pris connaissance qu'en cas de fausse déclaration ou d'omission, la Commission d'action sociale peut exiger le remboursement des sommes qu'elle m'aurait versées.
- Les informations collectées, nécessaires à la gestion de ma demande d'aide au Fonds social, sont destinées à la Commission d'action sociale et le cas échéant aux délégataires de gestion de Groupama Gan Vie, aux travailleurs sociaux ou service du personnel de mon entreprise susceptibles d'intervenir dans l'étude de ce dossier. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression ou d'opposition à ces données en adressant ma demande par écrit au siège de Groupama Gan Vie à l'adresse figurant au présent formulaire.
- J'autorise les membres de la Commission appelés à statuer sur ma demande à prendre contact avec la personne ci-dessus indiquée ou toute autre personne qui dans les 6 derniers mois a présenté une demande me concernant auprès d'un organisme d'action sociale.
- J'accepte expressément le recueil et le traitement de données relatives à ma santé ou à celle de mes ayants droit nécessaires à l'étude de ma demande. Ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale et sont exclusivement destinées à des personnes spécifiquement habilitées.

Fait à _____,

Signature

le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



DOCUMENTS À JOINDRE À LA DEMANDE

DANS TOUS LES CAS, JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :

- un relevé d'identité bancaire,
- une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition,
- une photocopie du dernier bulletin de salaire,
- une photocopie de la quittance de loyer et/ou des 1ère et dernière pages des échéanciers de prêts immobiliers ou autres prêts
- tout devis et toute facture justifiant la demande,
- tout justificatif relatif aux autres financements sollicités
 - remboursement Sécurité sociale
 - remboursement ou devis Mutuelle
 - recours à un prêt
 - Action Sociale CPAM
 - Aides sociales régionale, départementale, municipale (se renseigner auprès de la CCAS de votre mairie)
 - Action Sociale Caisse d'allocations familiales
 - Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
 - Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH)
- en cas de non-versement d'une aide attribuée : une attestation sur l'honneur de la non-perception des sommes attribuées et la raison.

Les documents sollicités ci-dessus sont obligatoires pour la constitution de votre dossier de manière à favoriser son étude dans les meilleurs délais.

Caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles Groupama.

Groupama Gan Vie - Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € - RCS Paris 340 427 616 - APE : 6511Z
Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 44 56 77 77.

Entreprises régies par le code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Groupama Gan Vie, délégataire de gestion du Fonds social pour le compte de la Caisse régionale Groupama.

Référence 10-2018.  www.agence-upco.com

