

# Action sociale

## DEMANDE D'AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE

A retourner à :

CDC Mutuelle 71 Rue Desnouettes 75015 Paris ou  
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 – ADHESION CDC MUTUELLE**

- Date d'adhésion à CDC Mutuelle :
- Personne(s) qui adhère(nt)

**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
- Devis ou facture faisant l'objet de la demande
- Autre(s)

**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 71 Rue Desnouettes 75015 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) :