

ACTION SOCIALE

Demande de prestations supplémentaires et d'aides financières

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TITULAIRE DU CONTRAT

● **IDENTITE ***

Numéro Adhérent

Nom Prénom

Tél. (fixe et/ou mobile) ** Courriel

● **SITUATION ***

En activité depuis le Profession

En arrêt de travail depuis le Retraité

Chômage indemnisé depuis le Chômage non indemnisé depuis le

Allocation adulte handicapé Bénéficiaire du RSA

Invalide Autre situation

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE (si autre que le titulaire du contrat)

● **IDENTITE ***

Nom Prénom

COMPOSITION DU FOYER

● **SITUATION FAMILIALE DU TITULAIRE DU CONTRAT ***

Personne seule Marié(e) En concubinage Divorcé(e) Veuf(ve) PACS

Nombre de personnes vivant au foyer

	Nom / Prénom	Date de naissance	Situation (salarié, pensionné, demandeur d'emploi, scolaire,...)
Titulaire du contrat			
Conjoint/Concubin			

Nombre d'enfants à charge sur le foyer fiscal

Autre personne vivant au foyer (préciser le lien de parenté) Lien de parenté :

BUDGET DU FOYER

QUELLE QUE SOIT VOTRE SITUATION, JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE INTEGRALE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON IMPOSITION SUR LES REVENUS, AINSI QUE CELUI DE VOTRE CONJOINT, CONCUBIN OU PARTENAIRE PACS

● **Ressources (mensuelles) ***

	Madame	Monsieur	Autres personnes au foyer	Justificatifs à joindre
REVENUS LIÉS A UNE ACTIVITÉ				
Salaire net				Avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus
Indemnités chômage				Avis de paiement ou refus du Pôle Emploi
Indemnités journalières (maladie, maternité, accident de travail)				Décomptes ou attestations de paiement des 3 derniers mois
Complément d'indemnités journalières (caisse de prévoyance ou employeur)				Avis de paiement ou attestation de non prise en charge
Revenu d'Activité non Salariée				Avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus

En cas de changement de revenu au cours de l'année, merci de joindre les pièces justifiant vos revenus sur les 3 derniers mois

PENSIONS ET RENTES				
Pension d'invalidité (y compris FSI)				Avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus
Complément d'invalidité (caisse de prévoyance)				
Rente accident du travail				
Retraite				
Retraites complémentaires				
Pension de réversion				
Pension alimentaire				

PRESTATIONS SERVIES PAR LA CAF				
Revenu Solidarité Active (RSA)				Attestation de versement de la CAF pour les 3 derniers mois
Allocation Adulte Handicapé (AAH)				
Allocations Familiales (AF)				
Autres prestations familiales (Complément familial, ASF, APE, PAJE, Rente éducation...)				
Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)				
Allocation Logement ou Aide Personnalisée au Logement (APL)				

TOTAL				RESSOURCES TOTALES DU FOYER
-------	--	--	--	-----------------------------

● **CHARGES MENSUELLES * (MONTANT AVEC ATTESTATION SUR L'HONNEUR)**

		Montant
LOGEMENT	<input type="checkbox"/> Propriétaire (prêt immobilier soldé) <input type="checkbox"/> Loyer <input type="checkbox"/> Accession (prêt immobilier en cours) / mensualités <input type="checkbox"/> Hébergement à titre gratuit	
CREDITS - EQUIPEMENTS	<input type="checkbox"/> Plan de surendettement (Banque de France) <input type="checkbox"/> Crédits à la consommation (à détailler ci-dessous) : - - - -	
CHARGES TOTALES DU FOYER		

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des montants fournis ci-dessus.

● **AUTRES AIDES FINANCIERES SOLLICITEES OU ACCORDEES ***

ORGANISME (ex : Service action sanitaire CPAM, MSA, MDPH, MDA...)	DATE	MONTANT	DECISION (En cours, Accord, Refus)

DEMANDE

● **EXPOSE DE LA DEMANDE (JOINDRE EVENTUELLEMENT UNE LETTRE D'EXPLICATIONS COMPLEMENTAIRES) ***

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES CONCERNANT LA DEMANDE D'AIDE

- **Optique** : prescription médicale + devis ou facture
- **Dentaire** : devis ou facture
- **Audioprothèse** : prescription médicale + devis ou facture
- **Autre** : prescription + devis ou facture

Pour toute demande d'aide concernant les domaines du dentaire, optique ou auditif :

Si vous avez en mains **un devis**, merci de le transmettre à **SANTECLAIR** pour analyse afin qu'il vous soit adressé une estimation du remboursement de votre Mutuelle. **Vous devez impérativement nous adresser l'avis de SANTECLAIR, afin qu'il en soit tenu compte lors de l'étude de votre dossier en commission d'Action Sociale.**



Depuis la mise en place du 100 % santé, aucune somme ne doit rester à votre charge (excepté si un certificat médical du professionnel de santé, atteste que vous avez une pathologie spécifique ne vous permettant pas de choisir un appareillage ou équipement de l'offre 100 % santé)

DESTINATAIRE DU REGLEMENT *

- Je demande que l'aide me soit versée.
- J'autorise la mutuelle à effectuer le versement de l'aide qui m'est destinée à un tiers Précisez (Professionnel de santé, établissements de soins, fournisseurs...).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à
Le

Signature du demandeur

Tous les renseignements mentionnés d'un * dans le présent formulaire sont obligatoires et doivent donc être renseignés pour permettre le traitement de votre dossier.

** Conformément à l'article L223-2 du Code de la consommation, vous disposez du droit à vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de l'organisme BLOCTEL.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à MBA Mutuelle. Elles sont collectées dans le cadre du traitement de votre demande d'aide sociale, par le Secrétariat Général de MBA Mutuelle.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, nous vous invitons à consulter notre Politique Générale de Protection des Données accessible sur notre site internet : www.mbamutuelle.com ou à la demande.

COMMENT TRANSMETTRE VOTRE DOSSIER :

Par courrier : **M.B.A MUTUELLE**
Commission Action Sociale
62 BD Jean Mermoz – CS 90739 – 35207 RENNES CEDEX 2

Par mail : actionsociale@mbamutuelle.com

CADRE RESERVE A L'ACTION SOCIALE

DECISION DE LA COMMISSION

- Accord de €
- Accord de principe de €
- Refus
- Décision différée