



**4 AVEZ-VOUS DES PROCHES (ENFANTS, FAMILLE, AMIS ...) QUI VOUS SOUTIENNENT ?**

OUI quotidiennement       OUI régulièrement       OUI ponctuellement       NON

Si OUI, précisez le lien \_\_\_\_\_

et la nature de l'aide apportée \_\_\_\_\_

**5 SOUTENEZ-VOUS DES PROCHES (ENFANTS, FAMILLE, AMIS ...) ?**

OUI quotidiennement       OUI régulièrement       OUI ponctuellement       NON

Si OUI, précisez le lien \_\_\_\_\_

et la nature de l'aide apportée \_\_\_\_\_

**6 LES CHARGES DE VOTRE FOYER**

| NATURE DES CHARGES   | MONTANT MENSUEL |
|--|-----------------|
| Loyer et charges locatives avant déduction des allocations au logement             |                 |
| Charges de copropriété   |                 |
| Frais d'hébergement en maison 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  |                 |
| Eau  |                 |
| Frais de scolarité   |                 |
| Pensions alimentaires  |                 |
| Cotisations Mutuelle ou Prévoyance (précisez le nom et l'adresse de l'organisme) : |                 |
| _____  |                 |
| Autres (précisez) _____  |                 |
| _____  |                 |

Avez-vous des charges liées à une résidence secondaire ?       OUI       NON

**DÉTAILS DES CRÉDITS (IMMOBILIER, CONSOMMATION ...)**

| ORGANISME | MOTIF | MONTANT PRÊT | DATE DE DÉBUT | DATE DE FIN | MENSUALITÉ |
|-----------|-------|--------------|---------------|-------------|------------|
|           |       |              |               |             |            |
|           |       |              |               |             |            |
|           |       |              |               |             |            |
|           |       |              |               |             |            |
|           |       |              |               |             |            |

Commission de surendettement saisie ?       OUI       NON      Date

Plan conventionnel en cours ?       OUI       NON

**7 SALAIRES, RETRAITES ET AUTRES RESSOURCES DE VOTRE FOYER**

| SALAIRES ET ASSIMILÉS  |                  | MONTANT MENSUEL PERÇU       |          |                                   |
|--|------------------|-----------------------------|----------|-----------------------------------|
|  |                  | DEMANDEUR                   | CONJOINT | AUTRE PERSONNE VIVANT AU DOMICILE |
| Salaires   |                  |                             |          |                                   |
| Allocations de chômage ou de préretraite   |                  |                             |          |                                   |
| Indemnités journalières de la Sécurité sociale   |                  |                             |          |                                   |
| Indemnités journalières complémentaires  |                  |                             |          |                                   |
| <b>RETRAITES DE BASE</b>   | D/R <sup>1</sup> | <b>DÉTAILLEZ CI-DESSOUS</b> |          |                                   |
| Régime général CNAV, CARSAT, CRAM, CRAV  |                  |                             |          |                                   |
| Mutualité sociale agricole (non salarié)   |                  |                             |          |                                   |
| Mutualité sociale agricole (salarié agricole)  |                  |                             |          |                                   |
| Autres régimes (commerçant, artisan, profession libérale, EDF, SNCF, fonctionnaires ...) |                  |                             |          |                                   |
| <b>RETRAITES COMPLÉMENTAIRES AGIRC, ARRCO, AUTRES... PRÉCISEZ LE NOM</b>                 | D/R <sup>1</sup> | <b>DÉTAILLEZ CI-DESSOUS</b> |          |                                   |
|  |                  |                             |          |                                   |
|  |                  |                             |          |                                   |
|  |                  |                             |          |                                   |
| <b>PRESTATIONS SOCIALES</b>  |                  | <b>DÉTAILLEZ CI-DESSOUS</b> |          |                                   |
| Allocations familiales   |                  |                             |          |                                   |
| Allocation logement (AL - APL)   |                  |                             |          |                                   |
| RSA  |                  |                             |          |                                   |
| AAH - AEEH - PCH   |                  |                             |          |                                   |
| ACTP - APA   |                  |                             |          |                                   |
| Autres prestations (AGED - PAJE - API ...)   |                  |                             |          |                                   |
| <b>AUTRES RESSOURCES</b>   |                  | <b>DÉTAILLEZ CI-DESSOUS</b> |          |                                   |
| Pension d'invalidité de Sécurité sociale <sup>2</sup>                                    |                  |                             |          |                                   |
| Pension d'invalidité complémentaire  |                  |                             |          |                                   |
| Rente accident du travail  |                  |                             |          |                                   |
| Revenus fonciers   |                  |                             |          |                                   |
| Revenus mobiliers  |                  |                             |          |                                   |
| Pensions alimentaires  |                  |                             |          |                                   |
| Autres (précisez) _____  |                  |                             |          |                                   |

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

## 8 AIDES EXCEPTIONNELLES SOLLICITÉES (AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS)

| ORGANISME   | EN COURS                 | REFUSÉES                 | ACCORDÉES |                 |         |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------|---------|
|   |                          |                          | DATE      | MOTIF DE L'AIDE | MONTANT |
| Centre communal d'Action sociale ou Mairie                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |                 |         |
| Conseil Général   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |                 |         |
| Sécurité sociale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |                 |         |
| Pôle emploi   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |                 |         |
| Institution de retraite complémentaire (précisez) : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |                 |         |
| Mutuelle ou prévoyance                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |                 |         |
| Comité d'entreprise                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |                 |         |
| Autres organismes (précisez) : _____                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |                 |         |

## 9 MOTIF DE VOTRE DEMANDE

Arrêt de travail       Invalidité       Handicap       Décès / Veuvage       Hospitalisation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Êtes vous accompagné par un travailleur social ?     OUI     NON

Précisez ses coordonnées : NOM \_\_\_\_\_

Service \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

## 10 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 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 du dernier mois des personnes vivant au foyer.
- 5 Photocopies des pièces justifiant les charges et les ressources indiquées.

Dans le cadre du traitement de votre dossier et afin d'assurer une prise en compte appropriée de votre situation, d'autres justificatifs pourront vous être demandés par la commission d'Action sociale en vue de l'appréciation de votre situation.

KLESIA Prévoyance assure aux salariés une transmission des données anonymisées à la Commission de l'Action sociale.

**J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts et ne pas disposer d'autres ressources financières me permettant de faire face à mes difficultés.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_