DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE CCN VINS ET SPIRITUEUX

KLESIA Pro

Merci de bien vouloir nous retourner ce dossier ainsi que l'ensemble des justificatifs demandés à l'une des adresses suivantes :
Par mail : aides.individuellesprevoyance@klesia.fr
Par courrier :
KLESIA - Direction de l'Action sociale
1-13, rue Denise Buisson
93554 MONTREUIL CEDEX

Vous allez formuler une demande d'intervention sociale. Les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre à la Commission d'action sociale de prendre une décision concernant votre demande.
Le traitement de votre demande nécessite un bilan approfondi de votre situation au regard des diverses aides qui peuvent vous être accordées sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande, etc.).
La demande que vous déposez auprès de l'Action sociale Klesia doit intervenir après la sollicitation des aides légales et extra-légales mentionnées en rubrique 8.

1 LE DEMANDEUR (ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES ET EN NOIR)

☐ Actif ☐ Retraité ☐ Pré-retraité ☐ Autre (précisez) _____

NOM de naissance _____ Prénom _____

NOM d'usage _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

E-mail _____

Téléphone : Pers _____ Prof _____ Portable _____

N° de Sécurité sociale _____

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ PACS ☐ Vie maritale

☐ Veuf(ve) • NOM et prénom du conjoint décédé(e) _____

• Date de décès du conjoint(e) _____

2 LE CONJOINT

☐ Actif ☐ Retraité ☐ Pré-retraité ☐ Autre (précisez) _____

NOM de naissance _____ Prénom _____

Date de naissance _____

N° de Sécurité sociale _____

3 AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION

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				
RETRAITES DE BASE	D/R[1]	DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
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 ...)	_			
RETRAITES COMPLÉMENTAIRES AGIRC, ARRCO, AUTRES... PRÉCISEZ LE NOM	D/R[1]	DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
	_			
	_			
	_			
PRESTATIONS SOCIALES		DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
Allocations familiales				
Allocation logement (AL - APL)				
RSA				
AAH - AEEH - PCH				
ACTP - APA				
Autres prestations (AGED - PAJE - API ...)				
AUTRES RESSOURCES		DÉTAILLEZ CI-DESSOUS		
Pension d'invalidité de Sécurité sociale[2]				
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	☐	☐			
Conseil Général	☐	☐			
Sécurité sociale	☐	☐			
Institution de retraite complémentaire (précisez) :	☐	☐			
Mutuelle ou prévoyance	☐	☐			
Comité d'entreprise	☐	☐			
Autres organismes (précisez) :	☐	☐			

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.

Cliquer pour ajouter vos pièces justificatives

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 :*

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées au GIE KLESIA ADP en sa qualité de responsable du traitement et pourront être transmises au GIE KLESIA. Vos données sont collectées pour la gestion administrative de votre dossier dans le cadre de notre relation contractuelle. Nous utilisons également vos données en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

30-000.487/22