

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE SOCIALE AUPRES DU FONDS D'AIDE SOCIALE (FAS)

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Matricule MDF : \_\_\_\_\_

Tél. : ..... Courriel : .....

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  (*Rayer la mention inutile*)

Nombre d'enfants à charge : ..... Ages : .....

Autres personnes à charge (*préciser*) : .....

### RESSOURCES ANNUELLES

#### SALAIRE ANNUEL PERÇU PAR L'ASSURE(E)

Indiquez le montant total du salaire net / \_\_\_\_\_  
que vous avez perçu au cours de l'année civile précédente  
(y compris frais professionnels, gratifications, rappels...)

#### INDEMNITES JOURNALIERES (maladie - maternité - accident du travail)

Indiquez le montant total des indemnités journalières, / \_\_\_\_\_  
tous risques confondus, perçues au cours de l'année civile précédente

#### PENSIONS - RENTES

Indiquez le montant total des pensions, rentes, etc. / \_\_\_\_\_  
que vous avez perçues au cours de l'année civile précédente

#### ALLOCATIONS FAMILIALES

Faites le total de toutes les allocations / \_\_\_\_\_  
que vous avez perçues au cours de l'année civile précédente (allocations  
familiales, salaire unique, allocation logement...)

#### AUTRES REVENUS

Avez-vous d'autres revenus que ceux mentionnés ci-dessus ? OUI  NON  (\*)

- Si OUI, précisez s'il s'agit d'une rente viagère, d'honoraires, d'intérêts \_\_\_\_\_

- Quel en est le montant annuel ? / \_\_\_\_\_

#### CONJOINT - AYANTS DROIT - PERSONNE VIVANT MARITALEMENT AVEC L'ASSURE(E)

Votre conjoint, vos ayants droit ou la personne vivant maritalement avec / \_\_\_\_\_  
l'assuré(e) ont-ils des revenus personnels ? OUI  NON  (\*)

- Si OUI, précisez s'il s'agit d'un salaire, d'une pension, d'une rente \_\_\_\_\_

- Quel en est le montant annuel ? / \_\_\_\_\_

**CHARGES HABITUELLES (Loyer, traites, véhicules, etc.)**

À détailler..... / \_\_\_\_\_ /  
Fournir les pièces justificatives

**CHARGES EXCEPTIONNELLES**

À détailler ..... / \_\_\_\_\_ /  
Fournir les pièces justificatives

**PERCEVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS DEJA PERCU UNE AIDE (CAFAT, CRE, etc.)**

Si oui, quel en est le montant mensuel ou forfaitaire (rayer la mention inutile) / \_\_\_\_\_ /

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des indications fournies ci-dessus (\*).

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

PS : Vous devez joindre obligatoirement à ce formulaire les documents suivants :

- Une lettre explicative détaillée de la demande d'aide
- Copie des trois dernières fiches de salaire
- Copie de l'avis d'imposition
- Les justificatifs des charges déclarées
- Copie des trois derniers relevés de compte bancaire
- Copie de la carte handicapé (éventuellement)
- L'avis des autres organismes sollicités (FAS CAFAT, CRE...)

Dans le cadre du traitement de la demande d'aide au FAS, la mutuelle collecte des données à caractère personnel. L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.

(\*) La loi rend passible d'amendement et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale - 441.1 du Code Pénal)