

DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE CCN IMMOBILIER

À retourner impérativement à : KLESIA - Direction de l'Action sociale
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 accordé sous diverses conditions (ressources, situation familiale, état de santé, nature de la demande, etc.)

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	<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 : _____