



DEMANDE D'ALLOCATION DE SECOURS

N° d'adhérent :

Date d'adhésion :

Date de la demande :

Le demandeur est-il sous curatelle ou tutelle ? OUI* NON

*Nom, prénom, qualité et coordonnées du représentant du demandeur de l'allocation :

.....
.....
.....

N° tél :

INFORMATIONS MEMBRE PARTICIPANT

Coordonnées :

Mme M Nom : Prénom : Date de naissance :

N° SS : N° Tél :

Adresse e-mail :

Adresse :

Situation familiale : Situation professionnelle :

Composition familiale :

Conjoint(e) : Nom : Prénom : Situation professionnelle :

Nom et adresse de l'employeur :

Enfant(s) à charge :

Handicap :

Aides techniques :

Emploi d'une tierce personne :

MOTIF DE LA DEMANDE D'ALLOCATION SECOURS (à compléter par l'adhérent)

Concernant des frais de santé : Oui* Non

*Si oui : Nature des soins : Date de début des soins :

Total des remboursements (sécurité sociale et mutuelle) : €

Montant total de la dépense engagée ou à engager à charge de l'adhérent : €

Avez-vous effectué des demandes de financement auprès d'autres organismes ? : Oui Non

Organismes	Montants
<input type="checkbox"/> CPAM :	
<input type="checkbox"/> Service social caisse de retraite :	
<input type="checkbox"/> Service social employeur :	
<input type="checkbox"/> CAF :	
<input type="checkbox"/> Employeur conjoint :	
<input type="checkbox"/> Prestation de Compensation du Handicap de la MDPH:	
<input type="checkbox"/> Fond départemental de Compensation de la MDPH :	
<input type="checkbox"/> CCAS :	
<input type="checkbox"/> Conseil Général :	
<input type="checkbox"/> Autres :	
Total de ou des aides en cours ou accordées : €

Si votre demande ne concerne pas des frais de santé :

Motif et détail de votre demande :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous effectué des demandes de financement auprès d'autres organismes ? : Oui Non
Si oui, merci de préciser le nom de l'organisme, le type d'aide sollicitée et le montant

Organismes	Montants
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Total de ou des aides en cours ou accordées : €

RESSOURCES

Nature des revenus ou ressources mensuels	Du demandeur	Du conjoint	Autres personnes (précisez)
Salaire			
Pensions, CPAM			
Retraite Complémentaire			
Indemnités journalières			
Pension alimentaire			
Rente			
ARE (allocation d'aide au retour à l'emploi)			
RSA ou ASS			
AAH (Allocation d'adulte handicapée)			
MVA (majoration vie automne)			
ACTP (allocation compensatrice tierce personne)			
APL (aide personnalisée d'autonomie)			
ALS (allocation de logement social)			
Pension d'invalidité			
ASI (allocation supplémentaire invalidité)			
AF (allocation familiale)			
ASF (allocation de soutien familial)			
AEEH (allocation d'éducation enfant handicapé)			
APA (allocation personnalisée d'autonomie)			
PCH (prestation de compensation du handicap)			
PAP plan d'actions personnalisés) des caisses de retraite			
ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées)			
Autres :			

Montant total : €

Autres précisions :

CHARGES

Nature des charges mensuelles	Montant
Impôt sur le revenu	
Taxe d'habitation	
Taxe foncière	
Pension alimentaire	
Pension d'éducation	
Loyer (avant déduction des aides)	
Ou frais d'hébergement	
Ou crédit immobilier	
EDF	
GDF	
Eau	
Ligne téléphonique	
Assurance logement	
Assurance voiture	
Assurance santé (cotisation mutuelle)	
Frais relatifs à l'emploi d'une tierce personne	
Frais relatif au recours d'une structure d'aide à la personne	
Remboursement d'un surendettement (Banque de France)	
Autres	

Montant total : €

Je soussigné, certifie sincères les informations renseignés ci-dessus.

A, le

Signature du demandeur ou de son représentant (nom et qualité)

Nous vous remercions d'adresser votre demande d'allocation secours exclusivement à l'adresse suivante :

MUTUELLE NOVAMUT
Service d'Accompagnement Mutualiste
31-33 rue Christian Pfister
CS 80674
54063 NANCY CEDEX

Pièces à joindre obligatoirement :

- Une copie de la facture ou du devis
- une copie des justificatifs des ressources :
- Avis d'imposition ou de non-imposition
- Bulletin de salaires des 3 derniers mois précédent la demande
- avis de paiement des retraites Sécurité Sociale et complémentaires
- pensions alimentaires
- rentes
- tous autres justificatifs de revenus (immobiliers...)
- relevés de versement de prestations (ARE, RSA, APL, AL ,AAH, MVA, APL, ALS, ASI, AF, ASF, AEEH, APA, PCH, PAP, ASPA, autres..

une copie des justificatifs des charges :

- avis concernant les impôts sur le revenu, les impôts locaux et les impôts fonciers
- Quittances de loyer
- Tableau de d'amortissement
- factures EDF, GDF, et téléphone
- Assurances (habitation, véhicule, autres...)
- remboursement de crédits
- tout autre justificatif de dépenses (frais de scolarité, garde d'enfants.)
- justificatif de l'emploi d'une tierce personne (3 dernières fiches de paies ou déclaration CESU)
- justificatif de recours çà une structure d'aide à la personne
- Demande ou accord de financement auprès des autres organismes (CPAM, caisse de retraite, conseil général, MDPH, CAL, CCAS, ...)

CADRE RÉSERVÉ POUR AVIS DE LA COMMISSION D'ACTION SOCIALE

Date de la commission d'action sociale :

Avis favorable	Avis défavorable	Demande de renseignements complémentaires

Nouvelle date de commission d'action sociale :