

➔ **Objet de la demande**

Demande d'aide pour un accident de la vie

Demande d'aide pour une dépense de santé

Nature de la dépense : _____

Bénéficiaire concerné : _____

Montant de la dépense : _____

Autres organismes sollicités : _____

Autres aides obtenues : _____

➔ **Budget mensuel du foyer**

Ressources mensuelles	Adhérent	Conjoint	Autres Personnes vivant au foyer
Revenus nets après impôts(salaires-retraites			
Indemnités journalières, Pensions invalidité, rentes			
Allocation chômage			
RSA Revenu de Solidarité Active, Prime d'activité			
Allocation Adulte Handicapé			
Prestations familiales			
Allocation Logement			
Pension Alimentaire			
Revenus fonciers et revenus capitaux			
Autres Revenus			
TOTAL			

Charges mensuelles	Adhérent	Conjoint	Autres personnes vivant au foyer
Loyer ou accession à la propriété			
Energies domestiques (elec, gaz, fioul,...)			
Eau			
Impôts sur le revenu			

(dernier avis)			
Taxe d'habitation			
Taxe foncière			
Pensions alimentaires			
Cotisation mutuelle (pour retraité)			
Total Crédits			
Total Assurances			
TOTAL			

Si un dossier de surendettement a été déposé à la Banque de France, cocher cette case

Liste des documents à joindre impérativement à votre demande

Selon votre situation, veuillez cocher les rubriques vous concernant et nous adresser les documents correspondants.

1- Photocopie des justificatifs de ressources du foyer de l'année en cours :

- 3 derniers mois de salaire ou indemnité des de chômage ou indemnités maladie ou justifs pension de retraite
- Pensions d'invalidité
- Allocation adultes handicapés
- Allocation logement
- Prime d'activité, RSA
- Extrait du bilan comptable pour les travailleurs non salariés ou attestation du comptable
- Allocation tierce-personne
- Pension alimentaire
- Assistante maternelle ou crèche
- Aide à domicile
- Autres

2- Photocopie **du dernier avis** d'imposition ou de non-imposition sur le revenu recto et verso

3- Photocopie des justificatifs de charge

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements et autorise Les Mutuelles Groupe Dépêche du Midi à collecter et à traiter les données que j'ai communiquées.

Les données collectées sont uniquement destinées à un usage interne par les Mutuelles Groupe Dépêche du Midi « commission fonds d'entraide », pour le suivi de votre demande. Les modalités de conservation et d'hébergement sont identiques à celles de votre adhésion, lesquelles sont précisées dans le règlement mutualiste, de passation et de gestion du contrat ainsi que pour garantir le respect pour les Mutuelle Groupe Dépêche du Midi de ses obligations légales.

Conformément à la réglementation, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données personnelles. Vous disposez en outre d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait du consentement, du droit de ne pas faire l'objet d'une décision automatisée et d'un droit d'opposition dans les limites des intérêts légitimes des Mutuelles Groupe Dépêche du Midi. Ces droits peuvent être exercés auprès du responsable des Mutuelles Groupe Dépêche du Midi concernées par votre demande .

Fait à : _____

Signature

Le : _____