

Actif

Ancien salarié

## DEMANDE D'INTERVENTION DU FONDS DE SOLIDARITÉ

Ce document peut être rempli avec l'aide de votre organisme gestionnaire

### Extraits du règlement intérieur des fonds de solidarité (art. 10 et 16 du protocole d'accord du 12 août 2008)

**Art. 1 :** Les fonds de solidarité ont notamment pour objet d'intervenir lorsque des dépenses de santé particulièrement élevées restent à charge des bénéficiaires, eu égard à leur situation financière et familiale.

**Art. 2 :** Ces actions sont menées exclusivement au profit des bénéficiaires du régime complémentaire de couverture des frais de santé.

**Remarques importantes**

**Pièces justificatives à joindre (les photocopies suffisent) :**

- dernier bulletin de salaire de l'assuré et du conjoint ou concubin, ou personne liée par un PACS,
- dernier avis de versement de la CAF,
- montant des indemnités journalières/pension d'invalidité et rente d'accident du travail,
- dernière notification de décision de prise en charge par l'ASSEDIC,
- dernier avis de versement de l'allocation chômage,
- double du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur les revenus, à la taxe d'habitation et aux taxes foncières,
- quittance de loyer ou charges de copropriété, échéanciers des emprunts en cours,
- pièces originales justificatives des dépenses et des remboursements déjà perçus,
- pour les interventions hors nomenclature un certificat médical circonstancié, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil, accompagné de l'avis du médecin ayant établi le certificat médical.

### ASSURÉ(E)

NOM, PRÉNOM .....	NOM DE JEUNE FILLE .....
DATE DE NAISSANCE .....	FONCTION .....
ADRESSE .....	N° TÉLÉPHONE .....
.....	ORGANISME GESTIONNAIRE DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE .....
N° SÉCURITÉ SOCIALE .....	.....
ORGANISME EMPLOYEUR .....	.....

### CONJOINT, CONCUBIN OU PERSONNE LIEE PAR UN PACS

NOM, PRÉNOM .....	NOM DE JEUNE FILLE .....
DATE DE NAISSANCE .....	PROFESSION .....
N° SÉCURITÉ SOCIALE .....	ASSUREUR COMPLÉMENTAIRE .....

### ENFANTS À CHARGE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION	REVENUS MENSUELS	NATURE DU REVENU
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

### PERSONNES À CHARGE AUTRE QUE LES ENFANTS

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SITUATION	REVENUS MENSUELS	NATURE DU REVENU
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

REVENUS DISPONIBLES au vu des justificatifs	ASSURÉ	CONJOINT, CONCUBIN ou personne liée par un PACS	PERSONNES À CHARGE		TOTAL
			Enfants	Ascendants	
	Âge :	Âge :	Nombre : Âge :	Nombre : Âge :	
<b>REVENUS ANNUELS</b>					
REVENU BRUT GLOBAL <sup>1</sup>	.....	.....	.....	.....	.....
PENSIONS / RENTES (NON IMPOSABLES)	.....	.....	.....	.....	.....
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (NON IMPOSABLES)	.....	.....	.....	.....	.....
MAJORATION TIERCE PERSONNE	.....	.....	.....	.....	.....
RENTE ACCIDENT DU TRAVAIL	.....	.....	.....	.....	.....
ALLOCATION LOGEMENT	.....	.....	.....	.....	.....
PRESTATIONS FAMILIALES	.....	.....	.....	.....	.....
BOURSES D'ÉTUDES	.....	.....	.....	.....	.....
AUTRES REVENUS (pensions d'invalidité, allocations chômage...)	.....	.....	.....	.....	.....
<b>TOTAL « R » (REVENUS)</b>	.....	.....	.....	.....	.....
<b>CHARGES ANNUELLES</b>					
IMPÔTS SUR LE REVENU <sup>1</sup>	.....	.....	.....	.....	.....
TAXE FONCIÈRE	.....	.....	.....	.....	.....
TAXE D'HABITATION	.....	.....	.....	.....	.....
LOYER	.....	.....	.....	.....	.....
ACCESSION À LA PROPRIÉTÉ (RÉSIDENCE PRINCIPALE)	.....	.....	.....	.....	.....
CHARGES LOCATIVES OU DE PROPRIÉTÉ	.....	.....	.....	.....	.....
FRAIS DE NOURRICE FRAIS DE SCOLARITÉ (INTERNAT)	.....	.....	.....	.....	.....
PENSIONS ALIMENTAIRES	.....	.....	.....	.....	.....
EMPRUNT EN COURS <sup>2</sup>	.....	.....	.....	.....	.....
<b>TOTAL « C » (CHARGES)</b>	.....	.....	.....	.....	.....
				<b>R - C ANNUEL</b>	.....

<sup>1</sup> Selon avis d'imposition ou de non imposition le plus récent. <sup>2</sup> Préciser la destination du prêt.

**EXPOSÉ ET CHIFFRAGE DU CAS** (mentionner, le cas échéant, les autres aides et les changements significatifs des ressources)

.....

.....

.....

.....

<b>R - C ANNUEL</b>	.....
---------------------	-------

DÉPENSES TOTALES :  
REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE :  
REMBOURSEMENT RÉGIME COMPLÉMENTAIRE :  
AUTRES AIDES :

PRÉCISEZ L'ORIGINE :

**RESTE À CHARGE :**

CADRE RESERVE AU COORDONATEUR DES FONDS		CADRE RÉSERVÉ À LA COMMISSION	
PROPOSITION	ALLOCATION :	DÉCISION	ALLOCATION :