

DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE

N° de dossier : IPRIAC
ASNET

☐ Demande d'intervention

Vous allez formuler une demande d'intervention sociale auprès de l'IPRIAC.

Vous devez savoir que :

- les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre à la commission sociale de l'IPRIAC de prendre une décision concernant votre demande : seule cette commission a accès aux informations que vous donnerez (voir les mentions relatives à la commission informatique et libertés CNIL ci-dessous) ;
- l'Action sociale IPRIAC est par nature complémentaire, vous devez solliciter toutes les aides légales et extra légales avant d'effectuer une demande d'intervention sociale.

VOTRE IDENTITE

☐ Bénéficiaire de l'IPRIAC

Nom de naissance : _____	Prénom : _____
Nom du mari (s'il y a lieu) : _____	Date de naissance :
Adresse : _____	
Code postal :	Ville : _____ E-Mail : _____
Téléphone pers. :	Téléphone portable :
N° Sécurité sociale	clé
Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Vie maritale ☐	
Date d'effet de l'invalidité :	

IDENTITE DU CONJOINT OU CONCUBIN

Nom de naissance : _____	Prénom : _____
Date de naissance :	Date du décès (éventuel) :
Date de mariage :	
N° Sécurité sociale	clé
N° de pension de Sécurité sociale : _____	

Ce document est à renvoyer à : Carcept Prev - rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à KLESIA en sa qualité de responsable du traitement. Les informations sont collectées pour les besoins stricts de la gestion administrative du dossier, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information commerciale, et ce, uniquement pour les produits et services proposés par KLESIA et ses partenaires. Si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations complémentaires sur les produits et services de KLESIA et de ses partenaires, veuillez cocher cette case : ☐

Aucune des données vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités de KLESIA, ses délégataires de gestion et ses partenaires. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données conformément aux dispositions de la loi précitée. Vous disposez en outre d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de KLESIA, Service INFO CNIL, rue Denise Buisson - 93554 Montreuil Cedex, accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à : info.cnil@klesia.fr

* Cocher les options correspondant à votre situation

AUTRES PERSONNES A CHARGE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION

VOS CHARGES DE LOGEMENT (EN EUROS)

		Montant (en euros)	Périodicité de paiement (mensuelle, trimestrielle, annuelle)		
			M	T	A
	Assurance (logement uniquement) joindre une copie de l'appel de cotisation				
	Taxe d'habitation (joindre une copie du dernier avis d'imposition)				
	Frais de chauffage (joindre les copies des factures)				
	Dépenses de gaz, électricité, eau (joindre les copies des factures)				
SI VOUS ÊTES LOCATAIRE	Montant du loyer (joindre une quittance de loyer)				
	Charges locatives (joindre les justificatifs)				
SI VOUS ÊTES PROPRIÉTAIRE	Remboursement de prêts (pour accession à la propriété) joindre le plan d'amortissement et l'avis du dernier règlement.				
	Taxe foncière sur propriété bâtie (joindre une copie du dernier avis d'imposition)				
	Charges de copropriété (joindre les justificatifs)				
SI VOUS ÊTES HÉBERGÉ	Pour vos enfants : participation aux frais (joindre les justificatifs)				
	Par une autre personne : participation aux frais (joindre les justificatifs)				
	En logement foyer : frais de séjour (joindre les justificatifs)				
IMPÔTS SUR LE REVENU (joindre le dernier avis d'imposition ou de non-imposition)					
ASSURANCES (joindre une copie de l'appel de cotisation)	Auto				
	Mutuelle (merci de préciser le nom de l'organisme)				
	Autres - Nature				
TÉLÉPHONE (joindre les factures)					
PENSION(S) ALIMENTAIRE(S) (joindre les justificatifs)					
DIVERS (joindre les justificatifs)	précisez :				

DÉTAILS DES CRÉDITS (IMMOBILIER, CONSOMMATION...)

[illegible]

RESSOURCES DU FOYER (EN EUROS)

NATURE	PAIEMENT	MONTANT perçu (en euros)		
	Mensuel (M) Trimestriel (T) Annuel (A)	Par vous-même	Par votre conjoint	Par une autre personne vivant à votre domicile
ALLOCATION IPRIAC				
PENSION D'INVALIDITÉ DE SÉCURITÉ SOCIALE (1)				
PENSION D'INVALIDITÉ COMPLÉMENTAIRE (1)				
RENTES ACCIDENTS DU TRAVAIL (1)				
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (1)				
ALLOCATION DE CHÔMAGE OU DE PRÉRETRAITE (1)				
RETRAITE - RÉGIME GÉNÉRAL (1)				
RETRAITES COMPLÉMENTAIRES (1)				
SALAIRES (2)				
ALLOCATIONS FAMILIALES (1)				
ALLOCATION LOGEMENT (1)				
AIDE PERSONNALISÉE AU LOGEMENT (1)				
PENSION MILITAIRE (y compris ascendants) (1)				
ALLOCATION POUR HANDICAPÉ (1)				
PENSIONS ALIMENTAIRES (1)				
DIVERS À PRÉCISER (1)				
RENTES VIAGÈRES (1)				
REVENUS LOCATIFS ET FERMAGE (3)				
REVENUS MOBILIERS (3)				

(1) joindre les justificatifs du dernier paiement - (2) joindre le dernier bulletin de salaire - (3) joindre les justificatifs d'impôts

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					
CONSEIL GÉNÉRAL					
SÉCURITÉ SOCIALE					
PÔLE EMPLOI					
INSTITUTION DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE (NOM) : _____					
MUTUELLE OU PRÉVOYANCE					
AUTRE ORGANISME (PRÉCISEZ) : _____					

MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE (obligatoire)

Faire apparaître le caractère exceptionnel de votre demande

PHOTOCOPIE DES PIÈCES A JOINDRE À VOTRE DEMANDE

- Toutes pièces utiles justifiant votre demande
- Toutes pièces justificatives de vos ressources et charges
- Votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Relevé d'identité bancaire

IMPORTANT

Les pièces justificatives demandées sont indispensables pour l'examen de votre demande.

Vous devez impérativement les joindre à ce dossier.

Faute de recevoir l'ensemble des justificatifs exigés, la demande ne sera pas examinée par la commission sociale.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans ce dossier sont exacts. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou omission entraînerait l'annulation de la demande des aides déjà versées.

Date :

Signature :