

N° de dossier :

FONGECFA ASNET

DEMANDE D'INTERVENTION SOCIALE FONGECFA-VOYAGEURS

Vous allez formuler une demande d'intervention sociale auprès du FONGECFA-Voyageurs. Vous devez savoir que :

- les renseignements demandés sont nécessaires pour permettre à la commission sociale du FONGECFA-Voyageurs 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 du FONGECFA-Voyageurs est par nature complémentaire, vous devez solliciter toutes les aides légales et extra légales avant d'effectuer une demande d'intervention sociale.

1 – LE DEMANDEUR (écrire en lettres majuscules et en noir)

 Bénéficiaire du FONGECFA

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____ Date de naissance :

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone : personnel : professionnel :

portable :

N° 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)

Date de départ en congé de fin d'activité

2 – LE CONJOINT

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Date de naissance : N° Sécurité sociale :

N° de pension de Sécurité sociale : _____

3 – AUTRES PERSONNES VIVANT À VOTRE DOMICILE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	PROFESSION OU AUTRE SITUATION
	<input type="text"/>		

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

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
Allocation FONGECFA-Voyageurs				
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

