

DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION FONDS SOCIAL (document à usage interne à la Mutuelle)

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez déposer un dossier auprès du siège social de la Mutuelle en charge d'instruire les dossiers de saisine de la Commission Fonds Social.

Nous vous rappelons que la mission du Fonds Social est d'aider les adhérents en difficulté à traverser une situation particulière. De ce fait, la Mutuelle peut sous conditions, accorder une aide exceptionnelle et ponctuelle dans le cadre défini ci-dessous :

- ✔ Aides financières liées à des problèmes de santé majeurs ou au handicap
- OU**
- ✔ Prise en charge partielle de la cotisation par le Fonds Social pour une durée maximale de 12 mois et ce afin d'éviter un risque de démutualisation.

Les ouvrants-droit de la MNPAF et leurs ayant-droit ne peuvent pas se prévaloir, par le versement de leur cotisation, d'un droit certain au bénéfice de cette aide en cas de réalisation d'un événement donné.

Avant de remplir ce dossier, lisez attentivement les conditions et instructions ci-dessous.

- ✔ Les demandes doivent concerner l'ouvrant-droit de la Mutuelle ou l'un de ses ayants droit inscrit à la mutuelle.

Les éléments retenus pour la constitution de votre dossier sont les suivants :

o Les ressources retenues sont :

- Tous les revenus du travail du foyer,
- Les pensions de retraite ou assimilées
- Les pensions alimentaires perçues
- Les allocations familiales,
- Les revenus mobiliers et immobiliers.

o Les charges retenues sont :

- Loyer ou remboursement de prêts immobiliers (résidence principale) et les charges attenantes
- Les assurances (habitation + auto)
- Les impôts (taxe d'habitation, taxe foncière, impôts sur le revenu)
- Les pensions alimentaires versées
- Les saisies sur salaire
- Les dépenses de chauffage/eau/gaz/électricité (sur justificatifs)
- Les charges exceptionnelles

- ✔ Soyez attentif à remplir entièrement le dossier de saisine, et à joindre tous les justificatifs nécessaires. Le dossier ne sera pas présenté s'il y a un défaut de justificatifs ou si le tableau de ressources/dépenses n'est pas complété correctement.
- ✔ Vous vous engagez sur l'honneur sur la véracité des informations et éléments communiqués. En cas de fraude, les sommes versées vous seront réclamées et la Mutuelle se garde la possibilité d'engager des poursuites judiciaires.
- ✔ En cas d'amélioration de votre situation financière dans les 24 mois suivants l'attribution de l'aide, vous vous engagez à rembourser la somme obtenue.
- ✔ Le Fonds Social de la Mutuelle n'est pas le seul organisme que vous pouvez solliciter voir (pages 2 et 3) en fonction de la nature de la demande, il peut vous être demandé de saisir au préalable ou en même temps d'autres organismes.
- ✔ Votre dossier sera présenté de façon anonyme à la Commission Fonds Social. Le fait que votre dossier soit présenté n'induit pas un accord favorable de la Commission.
- ✔ En cas d'accord, la Commission détermine le montant et les modalités de l'aide versée.
- ✔ Les réponses se font uniquement par écrit sous 3 semaines maximum après la réunion de la Commission.
- ✔ Les décisions de la Commission ne sont pas susceptibles de recours.

Tous les documents sont à adresser à :
MNPAF - Service Fonds Social - 3 place de Londres
CS 11692 Tremblay-en-France - 95725 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX

Nom et prénom de l'ouvrant-droit

Numéro de Sécurité Sociale

Adresse mail

Téléphone fixe

Téléphone Mobile

Nom/prénom de la personne concernée par la demande

Descriptif de la demande (si besoin joindre un courrier) :

Si la dépense est récurrente dans le temps merci d'indiquer le budget total et la période sur laquelle elle porte :

AUTRES ORGANISMES SOLLICITÉS

☑ **A compléter uniquement si vous êtes actif Air France,** avez-vous sollicité ?

- La Commission locale ou centrale de secours via l'Assistance Sociale de votre lieu de travail ?

Oui Non

Montant de l'aide obtenue.....

- Si votre demande concerne un handicap avez-vous sollicités la Mission Handicap d'Air France ?

Oui Non

Montant de l'aide obtenue.....

☛ **A compléter dans tous les cas.** avez-vous sollicité ?

- Le fonds social de votre Caisse d'Assurance Maladie dans le cadre d'une prestation extra-légale ?

Oui Non

Montant de l'aide obtenue.....

- Le fonds social de votre Caisse de retraite complémentaire (accès aux salariés et aux retraités)

Oui Non

Montant de l'aide obtenue.....

- Le fonds d'action sociale de votre mairie (CCAS)

Oui Non

Montant de l'aide obtenue.....

- Le fonds d'action sociale du Conseil Général

Oui Non

Montant de l'aide obtenue.....

- Le fonds d'action sociale de votre Conseil Régional ?

Oui Non

Montant de l'aide obtenue.....

- Dans le cadre du handicap, la M.D.P.H (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour obtenir une prestation compensatoire du Handicap ?

Oui Non

Montant de l'aide obtenue.....

DOCUMENTS À JOINDRE
(uniquement des photocopies)

- Avis d'imposition (les 4 pages) de l'adhérent.
- Avis d'imposition (les 4 pages) du conjoint en cas de déclaration séparée.
- Les notifications de décisions des autres organismes financeurs sollicités.
- Plan de financement constitué par la MDPH
- Pour les frais de santé, joindre les devis et/ou les factures
- Tous documents permettant de justifier votre demande.

Situation du demandeur :

Célibataire en couple divorcé/séparé veuf(ve)

Constitution du foyer :

Nombre de personnes à charge fiscalement :

TABLEAU DE RESSOURCES/DÉPENSES
(compléter toutes les rubriques vous concernant)

SITUATION FINANCIERE DU FOYER			
Ressources mensuelles	montant	Charges mensuelles du foyer	montant
<p><u>Pour l'ouvrant-droit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Salaire mensuel (annuel divisé par 12) ou revenus du travail - Pensions de retraite (régime général + retraite complémentaire) - Rente Sécurité Sociale - Rente prévoyance complémentaire - Allocations Pôle Emploi - Pension militaire - Pensions alimentaires - Allocations familiales - Allocations logement - Revenus mobiliers ou immobiliers - Autres (précisez) : <p><u>Conjoint :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Salaire mensuel (annuel divisé par 12) ou revenus du travail - Pensions de retraite (régime général + retraite complémentaire) - Rente Sécurité Sociale - Rente prévoyance complémentaire - Allocations Pôle Emploi - Pension militaire - Pensions alimentaires - Allocations familiales - Allocations logement - Revenus mobiliers ou immobiliers <p><u>Enfants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Salaire - Allocations diverses 		<ul style="list-style-type: none"> - Remboursement prêt immobilier - Charges de propriété - Remboursement autres crédits - Loyer mensuel (charges incluses) - Assurances - Impôts sur l'habitat (taxe foncière – taxe d'habitation) - Impôts sur le revenu - Pension alimentaire - Frais de chauffage/eau/électricité/gaz (joindre les justificatifs) - Saisie sur salaire - Autres (précisez) 	
TOTAL		TOTAL	

Je soussigné (e)..... déclare sur l'honneur que toutes les informations communiquées sont sincères.

Fait à le

Signature