

<b>DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION FONDS SOCIAL</b> <b>(document à usage interne à la Mutuelle)</b>
--

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, de maladie invalidante ou au handicap

**Et/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.

***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 :

- Les ressources retenues sont :
  - Tous les revenus du travail du foyer,
  - Les pensions de retraite ou assimilées
  - Les pensions alimentaires perçues
  - Toutes les prestations sociales
  - Les allocations et aides pour personnes handicapées.
  - Les revenus mobiliers et immobiliers,
- 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 sur la résidence secondaire, taxe foncière, impôts sur le revenu)
  - Les pensions alimentaires versées
  - Les saisies sur salaire
  - Les frais de chauffage/eau/gaz/électricité (sur production de copies de factures)
  - Les frais de placements en EHPAD d'un conjoint
  - Les crédits à la consommation
  - 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.

- ✓ Si vous avez obtenu ou essayé d'obtenir des prestations indues sur la base de production de faux documents au cours des cinq dernières années, votre demande sera jugée irrecevable et de ce fait, ne sera pas présentée à la Commission.
- ✓ Pour toute demande récurrente, hors appareillage pour une situation évolutive, il doit s'écouler un délai minimum de 2 ans glissants entre chaque sollicitation. A défaut, le dossier ne sera pas présenté à la Commission
- ✓ 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 d'adhérent figurant sur la carte Mutuelle .....

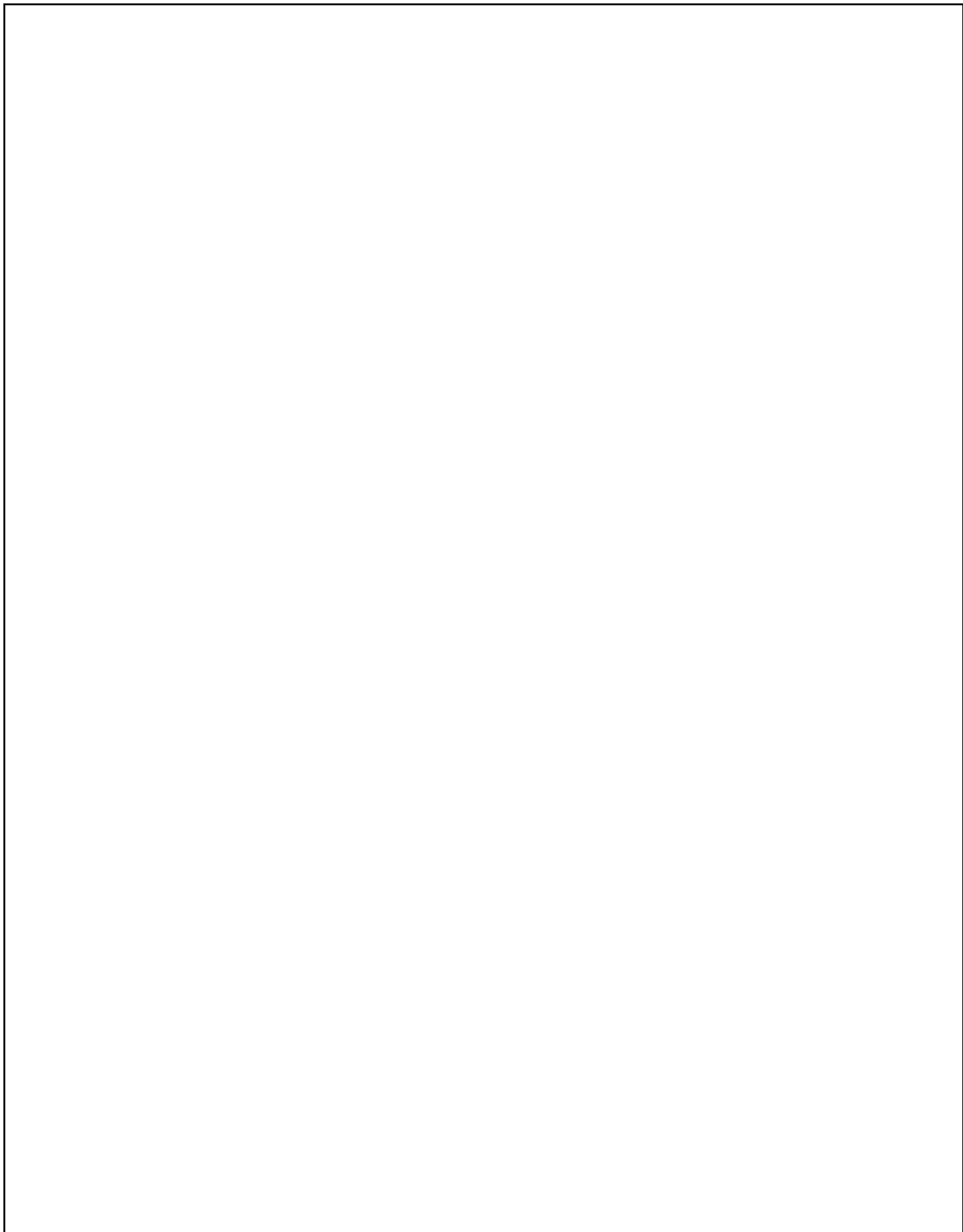
Adresse mail .....

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.....

**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)**

<b>SITUATION FINANCIERE DU FOYER</b>			
<b>Ressources mensuelles</b>	<b>montant</b>	<b>Charges mensuelles du foyer</b>	<b>montant</b>
<b><u>Pour l'ouvrant-droit</u></b> 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  Les allocations et aides pour personnes handicapées  Pensions alimentaires  Toutes les prestations sociales (allocations familiales/allocations logement...)  Revenus mobiliers ou immobiliers  Autres (précisez) : ..... <b><u>Conjoint :</u></b>  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  Les allocations et aides pour personnes handicapées  Pensions alimentaires  Toutes les prestations sociales (allocations familiales/allocations logement...)  Revenus mobiliers ou immobiliers  <b><u>Enfants :</u></b> Salaire  Allocations diverses		Remboursement prêt immobilier  Charges de propriété  Remboursement autres crédits (crédits à la consommation)  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  Frais d'EHPAD  Charges exceptionnelles   Autres (précisez) ..... .....	
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

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

- Afin de permettre le traitement de ma demande par le Fonds social, j'autorise la MNPAF à traiter les données personnelles que je lui communique dans le cadre de mon dossier de saisine, y compris les données de santé, dans les conditions du paragraphe « données personnelles » ci-dessous.**

Fait à ..... le .....

Signature

## **Documents à joindre** (uniquement des photocopies)

- Dernier avis d'imposition (les 4 pages) de l'adhérent.
- Dernier 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.

### **DONNÉES PERSONNELLES**

*Les données recueillies feront l'objet de traitements par la MNPAF, responsable de traitements, pour la gestion du fonds d'action sociale qui a pour objet d'accorder aux adhérents de la MNPAF des aides financières complémentaires en dehors des prestations contractuelles, sur la base de votre consentement.*

*Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.*

*Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.*

*Vous pouvez exercer vos droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site [www.mnpaf.fr](http://www.mnpaf.fr) depuis le formulaire d'exercice des droits (rubrique "données personnelles" en bas de page) ou par voie postale à :*

*Siège MNPAF, à l'attention du DPO, Bâtiment Uranus, 3 place de Londres,  
CS 11 692 Tremblay en France, 95 725 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX*

*Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).*

*Toutes les précisions sur la protection des données personnelles sont accessibles sur le site [www.mnpaf.fr](http://www.mnpaf.fr) /rubrique "vos données personnelles".*