

FONDS D'ACTION SOCIALE

FORMULAIRE DEMANDE D'AIDE CLASSIQUE

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|-------|--|--|
| N° adhérent | | | | | | | | | | Garantie | | | | |
| N° de Sécurité Sociale | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM - Prénom | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM de jeune fille | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | | | | | | | | | | | | |
| Code Postal | | | | | | | | | | | | Ville | | |
| Téléphone | | | | | | | | | | | | | | |
| Email | | | | | | | | | | | | @ | | |
| Nom de la personne concernée par la demande | | | | | | | | | | | | | | |

Conjoint (concubin ou pacsé) adhérent à la Mutuelle :

Oui

Non

| BUDGET | Revenu net/mois |
|--|-----------------|
| Agent | € |
| Conjoint, concubin ou pacsé | € |
| Autres personnes à charge | € |
| Allocations familiales | € |
| Allocation logement | € |
| Pension alimentaire | € |
| Autres prestations (CGOS, CNRACL, AAH, IRCANTEC, MSA, Invalidité...) | € |
| Autres revenus | € |
| TOTAUX | € |
| Nombre d'enfant à charge : | |

Plafond FAS (cadre réservé à la mutuelle) :

Je certifie sur l'honneur que les informations portées sur ce dossier (2 pages) sont exactes et ne comportent aucune omission.

J'ai bien noté que ces renseignements sont des éléments essentiels pour l'octroi d'une aide et toute fausse déclaration engage ma responsabilité.

Fait à :

Le :

SIGNATURE



So' Lyon Mutuelle
Siège Social : 18 rue Gabriel Péri
CS 30094 - 69623 VILLEURBANNE CEDEX

JUSTIFICATIFS A JOINDRE (impérativement)

- Décomptes de Sécurité Sociale - décomptes Mutuelle et éventuellement devis
- Justificatifs des dépenses de santé (factures acquittées)
- Pour les actes hors nomenclature, fournir obligatoirement l'original de la facture acquittée
- Pour les aides familiales, fournir obligatoirement le devis de l'Association indiquant le nombre d'heures, la durée d'intervention ainsi que **la prescription médicale**
- Dernier avis d'imposition (ou de non-imposition) fiscale
- Justificatifs des autres ressources (pension alimentaire, dernière attestation de paiement de la CAF, sommes perçues au titre des allocations handicapés, sommes versées par le CGOS, la CNRACL, CARSAT, IRCANTEC, MSA, Invalidité ...)

PARTIE RESERVÉE A SO' LYON MUTUELLE

Domaine d'intervention de l'aide :

Coût global : €

Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle autres organismes (CNRACL...) : €

Reste à charge pour l'adhérent : €

Participation FAS proposée : €

Avis de la commission :